

A TERAPIA PSICOMOTORA NAS DIFICULDADES INTELECTUAIS E DESENVOLVIMENTAIS

CAO - C.E.C.D. MIRA SINTRA

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Júri:

Presidente:

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Vogais:

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Professor Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Ana Margarida Cardoso

2017

*"I wish for a world that views disability,
mental or physical, not as a hindrance but as unique attributes
that can be seen as powerful assets
if given the right opportunities."*

Oliver Sacks

Agradecimentos

Ao meu orientador académico, o Professor Doutor Pedro Parrot Morato, por ter sido motivação para o meu questionamento e reflexão interiores e para a minha autocrítica. Pelo seu bom exemplo profissional, orientação, conselhos, disponibilidade e conhecimento transmitido, que me ajudaram a crescer.

Às minhas orientadoras locais, a Dra. Inês Baião e a Dra. Susana Cunha, pela recetividade, carinho e apoio, por todas as partilhas de experiência e de conhecimento e pelo exemplo que me deram. Obrigada pelos conselhos, por acreditarem e confiarem em mim e me darem liberdade para ganhar asas e voar.

AO C.E.C.D. e a toda a sua equipa técnica e de colaboradores, por me integrarem e me receberem com tanta disponibilidade, pelo exemplo na dedicação que demonstram para com as pessoas com quem trabalham e pelos bons momentos partilhados. Em especial à Dra. Ana Rodrigues, psicóloga do CAO, por todas as palavras de conforto, que me deram força para continuar a querer fazer ainda melhor e às monitoras Ana Paula, Carla Martins e Cristina Jardim, pelos bons momentos de trabalho em conjunto.

A cada pessoa apoiada no CAO, pois são a razão principal deste percurso, por cada momento, por cada alegria, por cada desafio, por cada carinho. Obrigada por terem tornado os meus dias mais cheios de cor e por me terem deixado aprender tanto convosco. Espero ter deixado um pouco de mim sabendo que levo tanto de vocês.

À minha família e ao Ruca, por me permitirem partilhar todas as minhas alegrias e frustrações, por serem sempre um porto de abrigo.

Ao João, o meu namorado, por todo o carinho, amor e compreensão, pelas aventuras e fugas à rotina. Obrigada pela partilha de conhecimentos e ajuda mútua, pelo teu espírito de voluntário e bondade pura, por seres um exemplo a seguir. Obrigada também à sua família, mãe, pai, irmã e Pedro, por sempre se preocuparem comigo e quererem ajudar e por me receberem tão calorosamente como membro da família.

A todos os meus amigos, pelo companheirismo e amizade. Um obrigada especial à Ana Rute, Sandra Azevedo e Daniela Grilo, por todo o apoio dado. Obrigada também à Daniela Pereira e à Cláudia Pinheiro, pela fonte de inspiração e o grande exemplo como pessoas que são para mim.

Um grande obrigada a todos que fizeram e fazem parte do meu caminho, sem vocês nada teria sido possível. Guardar-vos-ei sempre no meu coração.

Resumo

O presente relatório foi realizado no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana. Este objetiva apresentar o percurso e trabalho desenvolvidos pela estagiária no Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) do Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência (C.E.C.D.), tendo como população-alvo adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID). O estágio, com a duração de oito meses, providenciou à estagiária a oportunidade de participar em diversas vivências institucionais e realizar Terapia Psicomotora em âmbitos como contexto de ginásio, Atividade Motora Adaptada, Meio Aquático e Equitação Terapêutica. A intervenção teve como objetivo primordial o promover de experiências enriquecedoras para a manutenção de competências psicomotoras, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida destas pessoas. Assim, apresenta-se inicialmente um enquadramento da prática profissional, caracterizando-se a instituição, população-alvo e aspetos inerentes à envolvência do estágio, com a posterior descrição das etapas vividas pela estagiária, descrição dos grupos de intervenção e respetivos processos, planos, resultados e dificuldades sentidas. Por fim, apresenta-se uma reflexão final da estagiária sobre as aprendizagens feitas neste percurso.

Palavras-chave: Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID); Terapia Psicomotora; Estágio profissionalizante; Centro de Atividades Ocupacionais; C.E.C.D. Mira Sintra.

Abstract

This report was carried out within the Master in Psychomotor Therapy of the Faculdade de Motricidade Humana. This objective is to present the trainee work in the Occupational Activities Center (OAC) of the Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência (C.E.C.D.), with adults with Intellectual and Developmental Disabilities (IDD). The eight months internship period provided the opportunity to participate in several institutional experiences and to perform Psychomotor Therapy in areas such as Psychomotricity in the context of gymnasium, Adaptive Physical Activity, Intervention in Aquatic Environment and Therapeutic Riding. The main goal of the intervention was to promote enriching experiences for the maintenance of psychomotor skills and improving the quality of life of these people. Thus, a framework of professional practice is presented, characterizing the institution, target population and inherent aspects to the internship's involvement, with the subsequent description of the stages experienced by the trainee, description of intervention groups and their respective processes, plans, results and difficulties felt. Finally, it is presented a reflection of the trainee in the learning made in this course.

Key-words: Intellectual and Developmental Disabilities (IDD); Psychomotor Therapy; Professionalizing Internship; Occupational Activities Center; C.E.C.D. Mira Sintra.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AACP – Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais

AAIDD - American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

AAMR - American Association on Mental Retardation

AMA – Atividade Motora Adaptada

APA – American Psychiatric Association

APCC – Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra

APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

APTO – Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais

BPM – Bateria Psicomotora

CA – Comportamento Adaptativo

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

C.E.C.D. – Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

DAP – Draw a Person

DID – Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECAP – Escala de Comportamento Adaptativo Versão Portuguesa

EFAPA - European Federation of Adapted Physical Activity

EFF – European Forum of Psychomotricity

EIA – Escala de Intensidade de Apoios

EPR – Escala Pessoal de Resultados

EQUASS – European Quality in Social Services

FMH – Faculdade de Motricidade Humana

INR – Instituto Nacional para a Reabilitação

IPDJ – Instituto Português do Desporto e Juventude

OMS – Organização Mundial da Saúde

PC – Paralisia Cerebral

PDI – Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

PDM – Perturbação Depressiva Major

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

PIC – Plano Individual de Cliente

QI – Quociente de Inteligência

QV – Qualidade de Vida

T21 – Trissomia 21

TO – Terapia Ocupacional

TSEER – Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação

UR – Unidade Residencial

WHO – World Health Organization

Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento da Prática Profissional	3
1. Caracterização da Instituição e dos Espaços de Intervenção	3
1.1. Caracterização do C.E.C.D. Mira Sintra	3
1.2. Centro de Atividades Ocupacionais – CAO.....	3
1.3. Caracterização dos Espaços de Intervenção.....	6
2. Caracterização da População-Alvo - Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID)	9
2.1. Definição e Evolução do Conceito	9
2.2. Classificação.....	13
2.3. Epidemiologia e Etiologia	14
2.4. Principais Características	16
2.5. A DID e a Saúde Mental – Depressão	19
3. Terapia Psicomotora	22
3.1. A Terapia Psicomotora na DID	24
3.2. Contextos de Terapia Psicomotora.....	26
4. A Avaliação na DID.....	33
II - Realização da Prática Profissional.....	34
1. Terapia Psicomotora e Núcleo de Atividade Motora Adaptada	34
2. Calendarização e Horário das Atividades de Estágio	36
3. Organização e Funcionamento do Estágio.....	37
3.1. Fase de Observação	38
3.2. Fase de Avaliações Iniciais	40
3.3. Fase de Intervenção Supervisionada e Autónoma	40
3.4. Fase de Avaliações Finais	42
4. Terapia Psicomotora em Grupo.....	42
4.1. Unidade Funcional A.....	42

4.2. Grupo de Natação Adaptada	46
4.3. Grupo de Atividade Motora Adaptada	52
4.4. Grupo C1/C2 e Grupo Misto	57
5. Estudo de Caso	67
5.1. Descrição geral da CG	67
5.2. Avaliação Inicial e Planeamento Terapêutico	69
5.3. Processo Terapêutico	74
5.4. Resultados Obtidos ao Longo das Sessões e na Avaliação Final.....	78
5.5. Reflexão Pessoal Sobre a Experiência com o Estudo de Caso.....	81
6. Atividades Complementares	82
III. Considerações e Reflexões Finais	86
Referências Bibliográficas	91
ANEXOS.....	108

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Horário da estagiária no CAO do C.E.C.D. Mira Sintra	37
Tabela 2 – Fases de funcionamento do Estágio	38
Tabela 3 - Total de Intervenções realizadas.....	41
Tabela 4 – Objetivos gerais e específicos da Terapia em Meio Aquático	49
Tabela 5 – Objetivos gerais e específicos para os grupos de AMA	54
Tabela 6 – Objetivos gerais e específicos para Grupo C1/C2 e Grupo Misto	62
Tabela 7 – Resultados da aplicação do Protocolo de Avaliação a Estudo de Caso (inicial e final)	70
Tabela 8 – Perfil Intraindividual da CG – Áreas Fortes e Áreas a Promover.....	73
Tabela 9 – Objetivos gerais e específicos do Plano Terapêutico da CG.....	73

Índice de Figuras

Gráfico 1 – Cotações obtidas nos itens do protocolo de avaliação nas Avaliações Inicial e Final.....	60
--	----

Introdução

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Ramo de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais (RAACP), inerente ao segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana (FMH), da Universidade de Lisboa. Esta Unidade Curricular pressupõe a realização de um Estágio Profissionalizante, que tem como objetivos gerais (Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, 2016):

- Promover uma competência reflexiva multidisciplinar, através do estimular do domínio de conhecimentos aprofundados a nível de Reabilitação Psicomotora (com relação a populações com perturbações, desordens e deficiência) tanto na vertente científica como metodológica;
- Incentivar ao desenvolvimento das capacidades de planejar, coordenar e gerir programas e serviços de Reabilitação Psicomotora, em diferentes domínios e contextos interventivos;
- Impulsionar capacidades a nível de prestar contributos inovadores no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas e no conceber e implementar novas práticas e conhecimentos, sendo foco o desenvolver da área a nível científico e profissional.

Com realização de carácter individual e com duração aproximada de 1500 horas (repartidas em horas na instituição, de estudo e em regime tutorial), o estágio pretende criar oportunidades de treino e aprendizagem associados ao exercício da atividade profissional, por forma a facilitar a inserção no mercado de trabalho, ao promover competências em domínios como a Terapia Psicomotora, relação com outros profissionais e relação com a comunidade (Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, 2016).

O Estágio Profissionalizante decorreu no Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência de Mira Sintra (C.E.C.D. Mira Sintra), na valência do Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), cuja população-alvo compreende pessoas a partir dos 16 anos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID) e Multideficiência. Insere-se, assim, na área de intervenção de funcionalidade e qualidade de vida (QV) (Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, 2016). Desta forma, para uma

melhor contextualização do trabalho desenvolvido ao longo do estágio, o presente relatório encontra-se organizado em três capítulos principais:

- I. **Enquadramento da Prática Profissional:** Neste capítulo, apresenta-se uma breve caracterização do C.E.C.D., com respetiva descrição das valências de intervenção e serviços existentes e dos diversos locais onde decorreu a intervenção da estagiária. Também se apresenta uma revisão de literatura, com uma caracterização da população-alvo, da Terapia Psicomotora e os seus diferentes âmbitos, bem como a importância de avaliar para intervir;
- II. **Realização da Prática Profissional:** Estabelece-se a descrição do estágio e das suas várias etapas, referindo-se horários e os grupos de intervenção com os respetivos processos, avaliações, planos, análise de resultados e dificuldades sentidas. Neste âmbito, abordam-se com maior detalhe as intervenções realizadas com o estudo de caso e com os grupos C1/C2 e Grupo Misto. Também se mencionam algumas atividades complementares em que a estagiária teve a oportunidade de participar;
- III. **Considerações e Reflexões Finais:** Neste último capítulo, a estagiária apresenta a sua apreciação crítica e reflexiva sobre as várias experiências vivenciadas no estágio, as aprendizagens efetuadas, os efeitos a nível intrapessoal e profissional obtidos, dificuldades e limitações e perspetivas para o futuro.

I. Enquadramento da Prática Profissional

1. Caracterização da Instituição e dos Espaços de Intervenção

1.1. Caracterização do C.E.C.D. Mira Sintra

O C.E.C.D. Mira Sintra – Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência foi fundado em 1976 por pais e técnicos, sendo uma Cooperativa de Solidariedade Social, sem fins lucrativos (Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência [C.E.C.D.], 2016a) com sede em Mira Sintra (C.E.C.D. 2016b). Atualmente proporciona serviços a cerca de 2.200 pessoas, através de valências diferentes, com equipas multidisciplinares, bem como programas e espaços específicos, de forma adaptada às características e necessidades da população-alvo. Esta população envolve crianças, jovens e adultos, com incidência prioritária sobre o Concelho de Sintra, que precisam de apoio especializado, devido à existência de perturbações no desenvolvimento e comprometimentos em várias dimensões do indivíduo (C.E.C.D., 2016a).

O C.E.C.D. Mira Sintra tem como missão o desenvolvimento de serviços de qualidade, que possam promover a Qualidade de Vida (QV) e os direitos de pessoas com DID, Multideficiência e outros tipos de desvantagem (C.E.C.D., 2016c). Assim, o C.E.C.D. pretende promover a igualdade através do respeito pela diferença e rege-se por um conjunto de valores organizacionais, tais como a confidencialidade, cooperação, evidência da capacidade, espírito de equipa, imparcialidade, lealdade, otimismo, parcimónia, participação ativa, profissionalismo, respeito, responsabilidade social e ambiental e valorização pela diferença (C.E.C.D., 2016c). Os vários direitos e deveres do cliente desta instituição encontram-se descritos em anexo (ver anexo I).

O C.E.C.D., certificado pelo EQUASS Assurance, ou seja, a marca Europeia de Certificação dos Serviços Sociais, é composto, conforme já mencionado, por um conjunto de valências, sendo elas (C.E.C.D., 2016d): Clínica de Medicina e Reabilitação, Centro de Emprego Protegido, Serviço de Apoio Domiciliário, Unidades Residenciais (UR), Centro de Formação Profissional, Educação Especial e Centro de Atividades Ocupacionais (CAO).

1.2. Centro de Atividades Ocupacionais – CAO

O C.E.C.D., no que concerne à valência do CAO, tem dois polos, um em Mira Sintra no edifício sede e outro no Pendão. Visto que as atividades inerentes ao estágio decorreram no CAO de Mira Sintra, o mesmo tem uma descrição mais detalhada, de seguida.

O CAO situa-se, portanto, em Mira Sintra, tendo um parque comunitário à sua frente, com máquinas ao ar livre e um ringue. Fica relativamente perto da estação de comboios e tem paragens de autocarro próximas do edifício, possibilitando que vários clientes utilizem este meio de transporte. No que concerne a outros clientes que não têm essa autonomia, o C.E.C.D. dispõe de autocarros para transporte dos mesmos.

O CAO do C.E.C.D. objetiva a inclusão social, através da incidência no desenvolvimento de competências de autonomia pessoal e social, sendo uma valência direcionada para pessoas a partir dos 16 anos com DID (C.E.C.D., 2016e). Os objetivos principais do CAO envolvem (C.E.C.D., 2016e):

- A promoção e maximização do desenvolvimento da autonomia pessoal e social da pessoa apoiada;
- A valorização das competências do sujeito, utilizando-se para tal atividades socialmente úteis;
- Uma melhor integração sociofamiliar e comunitária, promovendo-se o bem-estar individual e respeitando-se as necessidades específicas de cada pessoa.

Para integração no CAO (e nas outras valências do C.E.C.D.), o candidato faz a inscrição, seguindo-se uma entrevista de candidatura. Se existirem as condições necessárias para a admissibilidade, a candidatura é analisada de acordo com um conjunto de critérios (e.g. risco familiar, concelho de residência), que recebem uma determinada pontuação e que permitem a hierarquização das candidaturas. Estes candidatos ficam em lista de espera até que surja uma vaga que possibilite a sua entrada no Centro (C.E.C.D., 2012).

Quando existe uma vaga (aberta de acordo com a unidade funcional em que se encontra disponível a mesma), dois candidatos são chamados e é feita uma avaliação diagnóstica nas várias áreas, com parâmetros de avaliação mais específicos (e.g. Psicologia, Terapia Ocupacional (TO), Atividade Motora Adaptada (AMA)) sendo igualmente avaliados na sala ocupacional onde existe a vaga. No caso da AMA, os principais parâmetros avaliados são inerentes à condição física e fatores psicomotores (C.E.C.D., 2013). Quando o parecer da equipa de avaliação é positivo, um dos candidatos preenche a vaga, sendo colocado na unidade funcional considerada mais adequada para o mesmo, bem como inserido num grupo mais específico (sala). O cliente passa, então, por um período experimental de três meses, onde tem a possibilidade de experienciar diferentes atividades realizadas no Centro, por forma a verificar-se onde se sente melhor

adaptado e, após este período, são aplicadas escalas como a Escala de Comportamento Adaptativo (ECAP) e a Escala de Intensidade de Apoios (EIA), para melhor definição da intervenção a decorrer com o cliente.

As pessoas apoiadas no CAO podem usufruir de um conjunto de atividades, que se encontram definidas no Plano Individual de cada Cliente (PIC). Entre as mesmas, encontram-se atividades ocupacionais (e.g. arte decorativa, jardinagem, reciclagem, doçaria), atividades de bem-estar (e.g. prestação de cuidados de alimentação, higiene e bem-estar pessoal, relaxação, treino das atividades de vida diárias e estimulação sensorial), bem como atividades complementares (e.g. AMA/Reabilitação Psicomotora, Equitação Terapêutica, Natação Adaptada, TO, Conhecimentos Gerais/Informática Pedagógica) e serviços técnicos de apoio (e.g. Psicologia, Serviço Social) (C.E.C.D., 2016e).

De momento, o CAO presta os seus serviços a 116 clientes em Mira Sintra. Para tal encontram-se disponíveis vários técnicos superiores, monitores e auxiliares, tanto no polo de Mira Sintra, como no do Pendão. Em Mira Sintra, existem duas Técnicas Superiores de Educação Especial e Reabilitação (TSEER), três Terapeutas Ocupacionais, uma Psicopedagoga, uma Educadora Social, uma Técnica Superior de Serviço Social e uma Psicóloga. No Pendão acrescem duas TSEER (uma a tempo inteiro e uma a meio tempo), duas Terapeutas Ocupacionais, uma Psicóloga e uma Assistente Social, que faz coordenação. Para além disso, em ambos os polos existem, no total, 14 monitores e 22 auxiliares.

As várias pessoas apoiadas encontram-se distribuídas em três unidades funcionais, cujos objetivos específicos de atendimento se diferenciam (C.E.C.D., 2016e):

- **Unidade A** – centra a sua maior atenção no bem-estar e desenvolvimento de atividades neste âmbito, associadas às atividades da vida diárias, nos seus vários parâmetros. Esta unidade corresponde aos clientes com necessidade de um apoio mais permanente, para as suas tarefas do quotidiano;
- **Unidade B** – tem um caráter de apoio ocupacional, incidindo-se sobre atividades que tenham uma forte componente de investimento nas autonomias;
- **Unidade C** – pretende disponibilizar o apoio pelo trabalho, através de atividades socialmente úteis e desenvolvidas da forma o mais integrada possível. Os clientes desta unidade são, por norma, mais autónomos nas suas tarefas diárias.

Para que as várias atividades disponibilizadas no CAO possam decorrer, existem vários espaços físicos, tanto no interior das instalações do C.E.C.D, como no exterior, utilizando-se sempre que possível os recursos comunitários. Assim, para além das salas onde os vários grupos se juntam com os seus monitores/auxiliares, existe uma sala de Snoezelen, uma sala de audiovisuais, sala de multiusos, salas específicas às áreas técnicas (e.g. sala de AMA ou de TO), ginásio, casas de banho e balneários, uma cozinha e bar/refeitório e o pátio exterior. Neste sentido, segue-se uma descrição breve dos espaços inerentes à intervenção do núcleo de AMA, onde se encontra inserido o estágio.

1.3. Caracterização dos Espaços de Intervenção

No âmbito da Terapia Psicomotora realizada no estágio, utilizam-se espaços como o gabinete de condição física, o ginásio de desportos coletivos e reeducação psicomotora do C.E.C.D., o jardim do C.E.C.D., o parque urbano de Mira Sintra, o Centro Hípico da Costa do Estoril e o Complexo Desportivo Municipal de Monte Abraão. Também se utiliza o ginásio do edifício Sede do Real Sport Clube, mas, neste aspeto, mais no âmbito da observação e apoio aos clientes, para as aulas de *Karaté*, direcionadas pelo Mestre José Ramalho.

1.3.1. Gabinete de Condição Física

Esta sala encontra-se situada no primeiro piso do Centro (existem escadas ou elevador para chegar à mesma), perto do ginásio e de dois balneários (um masculino e um feminino, onde os clientes se podem equipar antes e depois das sessões, bem como tomar banho, dois de cada vez). É na mesma sala onde se encontra a secretária das TSEER, que tem um computador com colunas, bem como documentação variada sobre os clientes e atividades no âmbito da AMA (armazenada num armário de parede).

Este gabinete tem, também, um espelho numa das paredes, quatro cadeiras, dois steps (de chão) e algumas máquinas de ginásio: dois steppers (um deles encontra-se avariado), uma máquina elíptica, duas máquinas de remo, duas passadeiras (de momento, uma não se encontra em funcionamento) e quatro bicicletas. É, portanto, nesta sala, que vários clientes são incentivados a trabalhar a sua condição física.

1.3.2. Ginásio do CAO de Desportos Coletivos e Reeducação Psicomotora

Grande parte das intervenções realizadas no âmbito do estágio decorreram no ginásio do Centro. O mesmo é constituído por um conjunto de equipamentos/materiais, que podem ser utilizados nas diversas sessões. Entre eles, podem-se destacar:

- Duas balizas de futsal;
- Dois cestos de basquetebol, um cesto de corfebol e um cesto de chão;
- Espaldares;
- Três cordas penduradas no teto;
- Postes para jogo de voleibol e postes de badminton, com duas bases e redes;
- Quatro bancos suecos;
- Um minitrampolim;
- Um plinto;
- Três colchões largos e 13 colchões mais finos;
- Um quadro branco com apagadores e respetivas canetas e um quadro verde com o desenho de um campo de futebol, bem como ímanes;
- Seis steps;
- Onze bolas de pilates/*fitball's*;
- Bolas variadas (basquetebol, futebol, voleibol, corfebol, andebol, de plástico - lisas e bolas de picos - e uma bola de rãguebi pequena, bem como cinco bolas medicinais, com diferentes pesos);
- Onze bolas pequenas (de Boccia adaptado);
- Dezanove pinos maiores (verdes, amarelos, azuis e vermelhos) e 24 cones (chapéu-chinês) com as cores já mencionadas e a acrescentar branco. Também, pino azul com oito argolas para acertar com as mesmas (quatro amarelas e quatro vermelhas);
- Vinte e oito arcos (sete mais pequenos, onze intermédios e dez grandes);
- Raquetes (de praia e de badminton);
- Cinco tacos de golfe e um de basebol;
- Um saco de boxe;
- Caixas com um conjunto de pesos;
- Talheres/copos/pratos de plástico;
- Cinco placas numeradas de 1 a 5;
- Caixa com tartarugas (bean bag turtles);

- Saco Wesco (com mãos, pés e marcas);
- Coletes;
- Uma Aparelhagem (com comando) e respetivas colunas.

1.3.3. *Complexo Desportivo Municipal de Monte Abraão*

É neste Complexo Desportivo que se situam as piscinas utilizadas nas sessões de Nataação Adaptada. Este complexo tem uma piscina com 25 metros de comprimento e 12,50 metros de largura, tendo uma profundidade máxima de 1,83 metros. As instalações também disponibilizam um tanque de medidas 9,5x5,60 metros, com profundidade máxima de 1,16 metros. Para além disso, existem balneários femininos e masculinos, com duche quente. Com janelas que dão uma grande luminosidade às piscinas, existem alguns materiais disponibilizados, entre eles: bolas de pilates, bolas pequenas, esparguetes, pesos, serpente flutuante (com discos de várias cores), colchões flutuantes, argolas finas e arcos, pinos, pranchas com diferentes tamanhos, imagens flutuantes (variadas – eg. fruta, animais...), flutuadores (barriga, costas e pernas), colchões e aquasteps.

Por norma, os clientes utilizam duas a três das pistas existentes na piscina, sendo que as aulas decorrem às quartas-feiras de manhã, com a duração aproximada de 45 minutos.

1.3.4. *Centro Hípico da Costa do Estoril*

Este Centro Hípico é utilizado para a realização de sessões de Equitação Terapêutica, às quintas-feiras de manhã, direcionadas pelas TSEER Inês Baião e Susana Cunha e pela Terapeuta Ocupacional Sofia Faro. É constituído por boxes com cavalos da escola e de particulares e dois picadeiros, sendo um deles coberto (onde decorrem as sessões) (Centro Hípico da Costa do Estoril, 2016a), com a dimensão de 20x40 metros. Os materiais utilizados na sessão, como bolas, argolas ou fitas e os toques dos clientes são trazidos e pertencentes ao CAO.

1.3.5. *Ginásio do Edifício Sede do Real Sport Clube*

Este ginásio situa-se em Massamá e é onde decorrem as aulas de *Karaté*. O espaço tem um formato aproximadamente quadrangular e amplo, tendo no chão um praticável (colchão), no qual os participantes podem estar descalços. Também, numa das paredes, encontra-se um espelho, que permite aos alunos observarem-se a si mesmos durante os exercícios. Como já mencionado, as várias pessoas apoiadas nestes espaços têm DID, conceito que é analisado de forma mais pormenorizada, de seguida.

2. Caracterização da População-Alvo - Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID)

2.1. Definição e Evolução do Conceito

O nome dado a uma determinada condição tem, frequentemente, consequências associadas à forma como os outros percebem a pessoa e como o próprio sujeito se concebe a si mesmo, ou seja, à sua identidade (Wehmeyer, 2013). Nesse sentido, o conceito atual de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) tem vindo a sofrer modificações ao longo do tempo (Leitão, Lombo e Ferreira, 2008), com conceptualizações que levam a distintas formas de atuação e entendimento (Camacho, 2008). Estas alterações são um espelho para orientar a classificação, terminologia e sistemas para a reabilitação, que sejam mais fáceis de aplicar e também mais precisos (Leitão et al., 2008). Portanto, adotar uma nova terminologia, como é o caso da DID, pressupõe a existência de mudanças evidentes na forma de trabalhar e de estar com o diagnóstico (Santos e Morato, 2012), deixando-se de se centrar a atenção nas limitações do sujeito (Morato e Santos, 2007). Antes, atentam-se os apoios e respetiva avaliação, essenciais para estabelecer intervenções individualizadas, mais úteis para a pessoa (Santos e Morato, 2012) e que visem a valorização da participação, interação dinâmica com a comunidade e funcionalidade do sujeito (Morato e Santos, 2007).

Termos como “oligofrénico”, “idiota”, “cretino”, “imbecil”, “mongoloide” ou “retardado mental” foram outrora uma realidade (Bray, 2003; Sasaki, 2005) e, nos países de língua portuguesa, ainda se ouvem expressões como “deficiência mental”, “incapacidade mental” ou “atraso mental” (Santos e Morato, 2012). Estes nomes e a compreensão que as pessoas têm da DID afetam, sem dúvida, a forma como esta população é apoiada e o seu papel na sociedade (Bray, 2003). Prova disso é o modo como, durante muitos anos, aqueles que eram considerados desiguais eram colocados socialmente de parte (Garghetti, Medeiros e Nuernberg, 2013).

O termo “retardo mental” referia-se, basicamente, a uma problemática inerente à mente (Wehmeyer, 2013) e ao facto de que a deficiência residia dentro da pessoa (Wehmeyer et al., 2008). Esta noção de defeito da mente associa-se a um desempenho mental inferior, caracterizado por lentidão mental, sendo esta, através de Goddard e outros, diagnosticada como uma discrepância entre a idade cronológica e a idade mental que, se

existisse, rotulava a pessoa como “mentalmente deficiente, mentalmente subnormal ou mentalmente retardada” (Wehmeyer et al., 2008).

Mais tarde, surgiu o termo “deficiência mental”, mas este continua a poder ser conectado à noção de descredibilização face a estas pessoas (Santos e Morato, 2012). A palavra “deficiência” pressupõe uma maior estigmatização, familiarizando-se com o imperfeito ou com a existência de défices e inutilidade das pessoas tendo, portanto, um carácter negativo que tem um impacto também ele desfavorável, a nível social (Morato e Santos, 2007). Já o termo “mental” refere-se ao funcionamento da mente como um todo (Sassaki, 2005).

Positivamente, em 2007, a deficiência mental foi, através da proposta da American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), renomeada para DID (Morato e Santos, 2007). Surgiu e evoluiu, assim, um conceito onde a funcionalidade torna-se o elemento-chave e a atenção passa a canalizar-se na qualidade de interação e participação do indivíduo em atividades comuns à sociedade, transferindo-se o problema da pessoa em si para segundo plano (Santos e Morato, 2012). O atual conceito de DID proporciona que o objetivo fundamental seja o de valorizar e capacitar as pessoas com DID, tornando-as impulsionadoras das suas próprias escolhas e percurso de vida (Camacho, 2008). Portanto, a presença da palavra “dificuldade” no termo possibilita que o sujeito possa assumir um papel que lhe é esperado, ao ter os apoios convenientes, fazendo cair por terra as ideias de pena, de descredibilização e de caridade, inundadas de preconceito (Santos e Morato, 2012). O termo “*disability*” foca-se na expressão de limitações do funcionamento do sujeito dentro de um contexto social, havendo uma desvantagem social para o mesmo (Schalock et. al., 2007). Este termo vincula-se a uma condição de saúde que origina problemáticas em várias funções do corpo, restrições na participação e limitações à atividade (tanto a nível de fatores individuais como ambientais) (Schalock et al., 2007), mas com possibilidade de recuperabilidade, com os apoios oportunos (Santos e Morato, 2012).

A substituição do termo “mental” para “intelectual” adequa-se pela especificação no funcionamento do intelecto e, ao mesmo tempo, por fortalecer a distinção entre DID e doença mental, condições diferentes, mas que outrora eram confundidas entre si (Sassaki, 2005). Também, o termo “desenvolvimental” torna este conceito em algo mais objetivo, abrangendo a interação entre o envolvimento e o sujeito nos contextos micro, meso e macro, tendo em atenção a validade ecológica (Morato e Santos, 2007) e o surgimento da problemática antes dos 18 anos (AAIDD, 2017a).

De forma significativa, o conceito atual de DID é respeitador de quem tem este diagnóstico (Santos e Morato, 2012), sendo menos ofensivo, mais consistente com a terminologia internacional atual e alinha-se mais com as práticas profissionais correntes que se concentram nos fatores contextuais e comportamentos funcionais (Schalock et al., 2007). Também se associa ao atual constructo de “*disability*” da AAIDD e da Organização Mundial de Saúde (OMS, em inglês World Health Organization - WHO) (Schalock et al., 2007). A OMS, por exemplo, através da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), comprova a substituição dos modelos biomédicos (mais associados aos aspetos biológicos e de diagnóstico da deficiência) para um modelo biopsicossocial, que permite reconhecer as necessidades do sujeito e compreender as características do meio que podem ser modificadas para incrementar a participação e funcionalidade da pessoa (Instituto Nacional para a Reabilitação [INR], 2010).

Assim, visto que o envolvimento tem impacto no desenvolvimento individual do sujeito (Santos e Morato, 2012), deve-se compreender a DID no contexto da interação entre pessoa e envolvimento (Buntinx e Schalock, 2010), enfatizando-se a perspetiva ecológica, que reconhece que a aplicação de apoios pode melhorar o funcionamento humano (Schalock et al., 2007). Por conseguinte, a atenção é centrada na forma qualitativa como as pessoas com DID respondem às exigências ambientais diárias (Santos e Morato, 2012).

Portanto, de acordo com Morato e Santos (2007), existem três conceitos base no termo DID:

- **Dificuldade**, remetendo para as limitações dos indivíduos com DID quando inseridos na sociedade;
- **Inteligência**, referente às capacidades de aprendizagem, pensamento e resolução de problemas e expressa por resultados dos testes de QI (Quociente de Inteligência);
- **Comportamento adaptativo (CA)**, relacionado com as limitações das pessoas com DID em várias das suas áreas de vida importantes para o correto funcionamento em sociedade.

Estes conceitos vão ao encontro da definição atual da AAIDD (2017a) de DID, que a caracteriza pela existência de limitações significativas no funcionamento intelectual e no CA, que surgem antes dos 18 anos de idade. De referir que a American Psychiatric Association (APA) (2013), no DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), inclui esta problemática nas Perturbações do Neurodesenvolvimento e utiliza o

termo “Perturbação do Desenvolvimento Intelectual” (PDI), indo ao encontro da definição anterior.

O funcionamento intelectual, como já mencionado, corresponde à capacidade mental de um sujeito, no geral, envolvendo componentes como a memória, capacidade de resolução de problemas, raciocínio, aprendizagem e outras e este pode ser medido através de testes de QI (AAIDD, 2017a). Estas limitações significativas requerem uma pontuação no QI dois desvios-padrão abaixo do que é considerado como a norma (Tassé, Luckasson e Schalock, 2016).

Já o CA corresponde ao conjunto de habilidades aprendidas e realizadas no dia-a-dia (AAIDD, 2017a), abarcando as capacidades que permitem ao indivíduo adaptar-se às situações quotidianas do envolvimento (Santos, 2007). Podem correlacionar-se competências como as conceituais (e.g. alfabetização, conceito de número e tempo), práticas (e.g. cuidados de saúde e pessoais, competências profissionais, usar o dinheiro) e sociais (autoestima, responsabilidade social, resolução de problemas sociais, habilidades interpessoais) (AAIDD, 2017a). Na definição atual, compreende-se que o CA (Santos, 2007) tem uma participação importante no identificar o tipo e a necessidade de apoios que a pessoa precisa para participar funcional e ativamente nas suas atividades de vida diárias (Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck e Taplin, 2005). Da mesma forma que no QI, as limitações significativas surgem quando os resultados do CA são dois desvios-padrão abaixo do esperado em pelo menos uma das três áreas de habilidades adaptativas já mencionadas (Tassé et al., 2016).

Quando os apoios são disponibilizados, para além do funcionamento humano e das práticas profissionais da DID melhorarem (Buntinx e Schalock, 2010), a QV do indivíduo também beneficia (AAIDD, 2017a). Este é, igualmente, um conceito muito importante na DID, tendo vindo a tornar-se num eixo central de serviços e programas de pessoas com problemáticas diversas (Verdugo et al., 2010). Trata-se de um conceito multidimensional, associado a aspetos subjetivos e objetivos (Claes, Hove, Loon, Vandeveld e Schalock, 2010; Verdugo et al., 2010). Neste sentido, pode ser considerada a existência de domínios da QV, que são um conjunto de fatores que compõem o bem-estar pessoal (Verdugo, Schalock, Keith e Stancliffe, 2005) e Schalock e Verdugo (2002 cit in. Verdugo, Arias, Gomez e Schalock, 2010) estabelecem um modelo com esses domínios e respetivos indicadores da QV, podendo-se abordar o bem-estar emocional, relações interpessoais, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, inclusão social e direitos. Visto que o conceito de QV é diferente de pessoa para pessoa,

correlacionando-se com a percepção que cada sujeito tem de si mesmo e daquilo que se encontra em sua volta (Peralta, Neto e Marques, 2013), o foco deve incidir sobre os aspetos que sejam mais significativos para cada indivíduo (Verdugo et al., 2010).

2.2. Classificação

O diagnóstico e respetiva classificação da DID podem ser feitos com base em vários sistemas internacionais, como o DSM-V, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10, em inglês, International Classification of Diseases – ICD-10) ou a CIF, estes dois últimos sistemas provenientes da OMS (Ferreira e Figueira, 2015). O ICD-10 e a CIF, segundo a OMS (2004) são bons complementos no processo diagnóstico, pelo facto de o ICD-10 classificar essencialmente os estados de saúde e prover uma estrutura de base mais etiológica (e.g. perturbações, lesões, doenças) e a CIF classificar a funcionalidade associada a esses estados de saúde. Esta visão conjunta é relevante pois dois sujeitos com a mesma patologia podem ter níveis de funcionamento distintos ou, inversamente, terem o mesmo grau de funcionamento mas condições de saúde díspares (OMS, 2004).

No caso do DSM-V, a PDI classifica-se como leve, moderada, grave e profunda (APA, 2013) podendo, segundo a CID-10, ser leve quando o QI se encontra entre os valores 50 a 69, moderada quando os valores são entre 35 a 49, grave (ou severa no CID-10) quando variam entre 20 a 34 e profunda quando o valor é abaixo de 20 (WHO, 2016a). No entanto, ao contrário do DSM-IV (APA, 1995), que definia estes níveis de acordo com o grau de comprometimento intelectual, a edição atual do DSM coloca estes níveis de gravidade baseando-se no funcionamento adaptativo, pois os níveis de apoio necessários ao sujeito são determinados por este. Portanto, o DSM-V descreve os graus de severidade de acordo com características do CA a nível conceitual, social e prático (APA, 2013). Dessa forma, apesar do QI continuar a ser avaliado e associar-se um valor inferior a 70 nos testes a este diagnóstico (APA, 2013), a atenção centra-se sobre o paradigma inerente aos apoios, que se baseia na afirmação de que a maior diferença entre pessoas com e sem DID é que as primeiras precisam de diferentes tipos e intensidades de apoio para participarem e contribuírem de forma ativa na sociedade (Thompson, Schalock, Agosta, Teninty e Fortune, 2014).

Por conseguinte, os apoios, que envolvem estratégias e recursos diversos, desde pessoas, recursos financeiros, dispositivos de assistência ou ambientes (AAMR, 2004), podem levar ao seguinte sistema de classificação (Luckasson et al., 2002 cit in Santos e Morato, 2012): **intermitentes**, quando os apoios são precisos de forma mais esporádica,

ou seja, os apoios decorrem em certas fases transitórias, sendo estes de baixa ou alta intensidade; **limitados**, quando existe uma consistência na intensidade, havendo uma natureza contínua, em especial em momentos críticos; **extensivos**, que envolvem um acompanhamento diário em algumas áreas específicas, não havendo uma definição do tempo de aplicação; **permanentes**, que como o nome indica são ininterruptos e a alta intensidade, sendo mais intrusivos. Os apoios são, assim, providenciados de acordo com as áreas do CA (Walsh, 2002 cit in. Santos e Morato, 2012), ou seja, é através da avaliação de aspetos observáveis do comportamento que se descobrem as dificuldades sobre as quais se pode intervir e, por conseguinte, disponibilizar-se o apoio necessário, visando a funcionalidade (Santos e Morato, 2007).

2.3. Epidemiologia e Etiologia

A DID é uma das mais comuns perturbações do desenvolvimento (Verpelli e Sala, 2012). A nível epidemiológico, as taxas de prevalência podem variar devido à diversidade dos métodos usados nos estudos e respetivas amostras (Simpson, Mizen e Cooper, 2016). No entanto, estima-se que esta prevalência seja de, aproximadamente, 1% da população, sendo que as taxas variam com a idade (APA, 2013) pois, devido à morte prematura (especialmente nos casos mais graves), a taxa torna-se menor nas populações idosas (Maulik, Harbour e McCarthy, 2014; Simpson et al., 2016). O género masculino tem maior probabilidade de ser diagnosticado com DID (APA, 2013; National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2015) e, muitas vezes, associam-se a este diagnóstico outras problemáticas (e.g. Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), Epilepsia, Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), psicoses, deficiências sensoriais e motoras), que são mais comuns nestas pessoas, comparando com a população em geral (Carr e O'Reilly, 2007).

Ter consciência sobre a etiologia da DID é fundamental, visto que diferentes causas podem associar-se a diferenças nos domínios cognitivo, comportamental, emocional e físico (Oliver, Woodcock e Adams, 2010), o que permite antecipar possíveis dificuldades e respetivos tratamento e prevenção (Ke e Liu, 2015). Nesse sentido, a DID tem uma etiologia heterogénea e apesar de, em muitos casos, ser desconhecida (até 40% dos casos, especialmente em situações menos graves) (Ke e Liu, 2015; National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2015), existem fatores que, de forma consistente, se relacionam com um aumento do risco de desenvolver esta patologia (Bildet et al., 2013). Entre estes podem abordar-se aspetos comportamentais, sociais, biomédicos e

educacionais, que podem dividir-se, de acordo com o timing da exposição (AAIDD, 2017b), em fatores pré-natais, perinatais (durante a altura do nascimento), neonatais (nos primeiros dias após o nascimento) e pós-natais (Ferreira e Figueira, 2015; Ke e Liu, 2015). Importa salientar que uma causa pode não ser a única, ou seja, pode decorrer uma interação complexa entre predisposição genética, envolvimento, hereditariedade ou vulnerabilidade (Harris, 2006). Para além disso, o grau de exposição do sistema nervoso central face a estes fatores e o tempo e duração do trauma influenciam a severidade do problema (Sadock, Sadock e Ruiz, 2017).

A nível pré-natal podem ocorrer alterações metabólicas, como é o caso da Fenilcetonúria (Foreman, 2009). Também podem ser mencionadas causas genéticas e cromossómicas, que derivam da alteração do número ou da estrutura dos cromossomas (Oliver et al., 2010). São exemplo a Trissomia 21 (T21), associada à existência de uma porção ou a totalidade de um cromossoma 21 extra (Biwi, 2012), a síndrome de Prader-Willi (deleção do cromossoma 15) (Sadock et al., 2017) ou a Síndrome de X-Frágil (anormalidade estrutural no cromossoma X), sendo a última a segunda causa genética mais comum para a DID, a seguir à T21 (Kumar, Aster e Abbas, 2015).

A consanguinidade pode ser um fator de risco (Simpson et al., 2016) e exemplo disso é o estudo de Saad, Elbedour, Hallaq, Merrick e Tenenbaum (2014), que, ao coletarem dados de 221 crianças (entre os 6 e 18 anos) com DID de duas escolas de educação especial de Israel, verificaram que 61.5% dos participantes tinham pais que eram primos de primeiro e segundo graus.

A nível materno, as infeções durante a gestação (e.g. toxoplasmose, rubéola, sífilis, citomegalovírus) (Simpson et al., 2016) podem trazer comprometimentos cognitivos, como demonstra o estudo de Mireku et al. (2015) e motores, como a Paralisia Cerebral (PC) (Miller et al., 2013). Vários estudos têm, igualmente, demonstrado que o álcool, sendo um agente teratogénico (Boschen e Klintsova, 2017) pode afetar o desenvolvimento de estruturas cerebrais (e.g. corpo caloso) (Jacobson et al., 2017) e propiciar um menor volume do cérebro e de matérias branca e cinzenta (Donald et al., 2015). A exposição pré-natal ao tabaco (Ekbald, Korkeila e Lehtonen, 2014) e a outro tipo de drogas (Pollard, 2007), bem como a malnutrição materna (Groce et al., 2014), podem igualmente ser prejudiciais.

Durante o período perinatal, podem ocorrer situações de privação de oxigénio ao cérebro, através da hipoxemia (o sangue fica com menos concentração de oxigénio) e da

isquemia (o cérebro fica com menor irrigação de sangue) (Flores-Compadre, Cruz, Orozco e Vélez, 2013). Por sua vez, lesões que levem à falta de oxigénio podem ser causa de DID (Kaufman, Ayub e Vincent, 2010) e de PC, conduzindo à morte neuronal (Flores-Compadre et al., 2013).

Alusivas aos fatores pós-natais, doenças sérias nos primeiros anos de vida como a Encefalite (Richards, Brady e Taylor, 2015), Meningite e Septicémia também podem trazer consequências cognitivas (Meningitis Research Foundation, 2017). Adicionalmente, o estudo de Katiyar e Gupta (2014) conclui que fatores envolvimentoais como a escassez de estimulação e de aspetos emocionais, bem como de nutrição física estão associados à DID. Sem dúvida, a privação a nível educativo (Sadock et al., 2017), a existência de agentes psicossociais stressores (Harris, 2006) e pobreza ou condições socioeconómicas mais frágeis, especialmente durante a fase pré-natal e no desenvolvimento da primeira infância, também são fatores de risco (Maulik et al., 2014).

2.4. Principais Características

A população com DID é heterogénea (Scheifes, Stolker, Egberts, Nijman e Heerdink, 2011), inclusive com relação ao próprio sujeito ao longo do tempo, visto que as características inerentes à DID tanto podem ter um carácter mais estável como, pelo contrário, piorarem de forma gradual (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2015). Dessa forma, estas pessoas podem mostrar características específicas em áreas como a cognição, perceção, movimento, comportamento ou linguagem, podendo existir outros problemas de saúde associados (Ke e Liu, 2012). Todas têm em comum o facto de que precisam, com mais ou menos intensidade, de apoios para mais facilmente terem os seus direitos exercidos, principalmente porque, para além das dificuldades advindas das suas próprias limitações, a sociedade traz obstáculos ao seu desenvolvimento (Orús e Conte, 2010). De facto, estas são pessoas com ambições e sonhos como todos, mas com maiores barreiras a nível da inserção social e profissional (Fernandes e Lima-Rodrigues, 2016).

A DID, muitas vezes, encontra-se em comorbilidade com outras patologias (Adams e Matson, 2015), sendo que algumas têm uma prevalência três a quatro vezes maior, comparando com a população em geral (APA, 2013). De entre essas patologias, podem salientar-se as PEA (Matson e Shoemaker, 2009), PHDA (Rose, Bramham, Young, Paliokostas e Xenitidis, 2009), a PC (Maenner et al., 2016), Perturbações da Linguagem (Marrus e Hall, 2017) e perturbações inerentes à saúde mental (Ferreira e Figueira, 2015). A Epilepsia também é comum podendo, nestes casos, verificarem-se problemas

associados de incontinência, mudanças de humor, dificuldades na marcha ou níveis mais baixos de compreensão e discurso pobre (McGrother et al., 2006).

Este grupo populacional pode, igualmente, ter uma prevalência de disfunções sensoriais (tanto auditivas como visuais), comuns de forma precoce, como são caso os sujeitos com T21 (pelas anomalias estruturais dos órgãos sensoriais) e que, por várias vezes, têm um diagnóstico desafiante, pelos défices de comunicação que podem coexistir (Kianni e Miller, 2010). Portanto, compreende-se a maior suscetibilidade a nível da saúde desta população, que mais facilmente desenvolve doenças crónicas como a obesidade (Gentile, Cowan e Smith, 2015). De facto, o estudo de Winter, Magilse, Alfen, Penning e Evenhuis (2009) verificou que, na sua amostra de 470 adultos com DID, cerca de 70% tinha sobrepeso, 36.8% problemas de hipertensão e cerca de 8.7% diabetes. De acordo com os mesmos autores, estes fatores podem associar-se ao risco de problemas cardiovasculares. Também, face à presença de algumas condições, como é o caso da T21, a suscetibilidade para desenvolver condições médicas associadas a defeitos congénitos e cardíacos, hipotireoidismo e problemas dentários é maior (Gentile et al., 2015).

Como é perceptível pela definição já apresentada de DID, o CA encontra-se afetado (AAIDD, 2017a). Nos resultados de um estudo realizado por Santos et al. (2010), verificou-se que as pessoas com DID têm comportamentos menos adaptativos na execução das suas tarefas no quotidiano. O DSM-V reporta algumas das características possíveis de verificar nos domínios conceptual, prático e social do CA, mostrando diferenças existentes de acordo com o grau de severidade da DID (APA, 2013). De facto, nos casos em que o comprometimento cognitivo é mais grave, a autonomia no vestir, no comer, no controlo dos esfíncteres, na higiene e no deslocar-se na rua fica prejudicada, levando à existência de uma maior dependência de outros (Gouveia, 2011). Já quando o QI tem valores mais elevados, apesar de menor distinção face à população em geral (e.g. menos diferenciação visível a nível físico), podem continuar a existir dificuldades significativas, como vulnerabilidade, habilidades académicas limitadas, desemprego, pobreza e pouca independência (Snell et al., 2009).

A nível cognitivo, algumas áreas das funções executivas deste grupo populacional estão comprometidas, sendo exemplo atividades envolvendo fluência verbal e a realização de duas tarefas ao mesmo tempo, observando-se dificuldades na velocidade de acesso ao campo lexical (Danielsson, Henry, Rönnberg e Nilsson, 2010). Também, alguns estudos têm concluído que as pessoas com DID têm mais dificuldades na utilização da memória de trabalho (Molen, Luit, der Molen e Jongmans, 2010; Perkins e Small, 2006).

Adicionalmente, dificuldades de atenção (Deutsch, Dube e McIlvane, 2008), na resolução de problemas, na compreensão de relações causa-efeito, no uso de abstrações e dificuldades em generalizar também podem estar presentes (WHO, 2007). Na DID existe, igualmente, uma maior lentidão na percepção e reação a estímulos ambientais e dificuldades para distinguir tamanhos, cores ou formas e, muitas vezes, este subgrupo não consegue aprender a ler ou a fazer cálculos (Ke e Liu, 2015).

A nível psicomotor, existem comprometimentos que, por consequência, diminuem a aprendizagem e exploração através do movimento e a respetiva aquisição de skills (Houwen, Putten e Vlaskamp, 2014). Isso leva à exclusão de atividades recreativas e funcionais e à diminuição de competências nas atividades de vida diárias (Carmeli Bar-Yossef, Ariav, Levy e Liebermann, 2008). Assim, o desenvolvimento psicomotor encontra-se, de forma regular, afetado desde infância (Leitão et al., 2008), como demonstra o estudo de Costa e Heringer (2012), cujos resultados de análise face ao desenvolvimento motor de 35 crianças com DID mostraram-se inferiores em ambos os géneros. Na coordenação motora, Carmeli e os seus colaboradores (2008) realizaram um estudo com o objetivo de avaliarem a mesma em 42 indivíduos com DID. Comparando com pessoas da mesma idade sem DID e em tarefas que envolveram coordenação visuomotora, os participantes com DID tiveram resultados mais baixos, sem diferenciação significativa entre a mão dominante e a outra. Concomitantemente, alterações no equilíbrio estático e dinâmico (Cabeza-Ruiz e Castro-Lemus, 2016), na noção corporal, a nível espacial e no reconhecimento do EU podem ser características (Fonseca, 2010a), ou seja, toda a pirâmide dos fatores psicomotores fica prejudicada (Fonseca, 1995).

A nível social, mais incapacidade pode ser sinónimo de menos funcionalidade social (Umadevi e Sukumaran, 2012). Ao mesmo tempo, diferentes síndromes podem ter distintos níveis de sociabilidade: corroborando estudos anteriores, a T21 e a Síndrome de Angelman mostram níveis mais altos de sociabilidade do que a Síndrome de X Frágil (Moss et al., 2016). Neste seguimento, Hartley e MacLean (2009) referem que características do próprio, como idade, género ou QI, podem predispor a pessoa com DID à experimentação de interações sociais stressantes, muitas vezes vivenciadas com a família ou com os seus pares. Para além disso, esta vertente social vai depender das dificuldades existentes no discurso e linguagem (Cheslock, Barton-Hulsey, Ronski e Sevcik, 2008). Em casos mais graves (QI abaixo de 25), a linguagem a nível compreensivo e expressivo encontra-se bastante afetada (Gouveia, 2011).

As pessoas com DID encontram-se mais suscetíveis de sofrer violência (Hughes et al., 2012). Num estudo realizado por Chiu, Kao, Tou e Lin (2017), visando determinar a prevalência de vitimização de bullying entre adolescentes com DID, verificou-se que 70% da amostra (n=706) já tinha experienciado este problema pelo menos uma vez, com a exclusão e o bullying verbal a serem os aspetos mais reportados. Ao mesmo tempo, a população com DID também pode ela própria mostrar comportamentos agressivos, o que se associa a consequências com respeito à sua integração, no acesso a recursos, exclusão de serviços e impacto na sua autoestima (Cooper et al., 2009). Na realidade, cerca de um terço de adultos com DID pode ter alterações comportamentais e disfunções emocionais (Brown, Brown e Dibiasio, 2013). Estas emoções podem apresentar um carácter imaturo e coexistir com outras características como a pouca capacidade de autocontrolo, inquietude, impulsividade e birras (Ke e Liu, 2015).

Um aspeto pertinente e atual a ser salientado é o envelhecimento, assunto cada vez mais emergente face ao aumento da esperança média de vida destes indivíduos (Peirats e Burgos, 2010). Este é um processo com que toda a população mundial se depara, no entanto, as características da DID podem incrementar as consequências naturais inerentes a este processo (Peralta et al., 2013). De facto, uma pessoa com DID e com 45 anos pode ser encarada como já estando no processo de envelhecimento, contrastando isso com os 60-65 anos da população dita normal (Peirats e Burgos, 2010).

2.5. A DID e a Saúde Mental – Depressão

Face à realidade vivenciada no estágio, com respeito à elevada incidência de problemas no âmbito da saúde mental nos clientes do C.E.C.D., torna-se pertinente abordar as relações existentes entre a DID e problemas de saúde mental, em especial a Depressão.

A saúde mental é um elemento crucial para a saúde humana e envolve mais do que apenas a ausência de doenças no domínio mental (WHO, 2016b). Esta associa-se a um estado de bem-estar individual, em que o sujeito consegue lidar com os acontecimentos stressantes da vida e realizar o seu próprio potencial (WHO, 2014). No entanto, diversos fatores etiológicos, como sociais, psicológicos, económicos, emocionais e físicos podem, mais facilmente, predispor a pessoa a sofrer danos na sua saúde mental (Ferreira e Figueira, 2015). Como resultado, surge a doença mental, que se correlaciona a problemas e sofrimento em atividades diversas e a mudanças nas emoções, comportamentos e pensamentos do sujeito (Parekh, 2015).

Acreditava-se, outrora, que as pessoas com DID não vivenciavam disfunções de saúde mental, considerando-se que os seus limites intelectuais serviam como elementos protetores (Burke, 2013). Todavia, a realidade é que este grupo pode experimentar os mesmos problemas do domínio psicológico (Sanz et al., 2014), inclusive numa incidência maior que a população em geral (Burke, 2013). O termo “duplo diagnóstico” pode ser utilizado neste contexto (DID associada a problema de saúde mental) (Tang et al., 2008) e uma das perturbações que pode ter comorbilidade com a DID é a Perturbação Depressiva (APA, 2013).

Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sejam afetadas por esta condição (WHO, 2017a). A suscetibilidade das pessoas com DID é, também, uma realidade, fator que tem um elevado impacto sobre a sua QV (Tomić et al., 2011). Assim como na população em geral, as mulheres com DID têm maior propensão a reportar mais sintomas depressivos (Chester et al., 2013; WHO, 2017a) e estes tendem a agravar com a idade (Tomić et al., 2011).

A Perturbação Depressiva pode, de acordo com o DSM-V, ter diferentes classificações, entre elas a Perturbação Disruptiva da Desregulação do Humor, Perturbação Depressiva Persistente (Distímia), Perturbação Depressiva induzida por substância/medicamento, Perturbação Disfórica Pré-menstrual ou Perturbação Depressiva Major (PDM), podendo-se diferenciar estes registos de acordo com o momento de aparecimento, duração ou etiologia (APA, 2013). No caso da PDM (o problema mais clássico de entre as mencionadas) e do seu diagnóstico, o DSM-V reporta que devem existir sintomas (pelo menos cinco), no mínimo, durante duas semanas, representativos de uma mudança de funcionalidade no sujeito, sendo que pelo menos um dos sintomas tem de ser perda de interesse nas atividades do quotidiano ou, então, humor deprimido. Entre os restantes sintomas, podem salientar-se aspetos como perda de peso significativa (ou diminuição e aumento do apetite), insónia ou hipersónia, agitação ou lentidão psicomotoras, fadiga e perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa inapropriada ou excessiva, indecisões e diminuição da capacidade para se concentrar e de pensar e, também, pensamentos de morte e ideação suicida, podendo vários destes elementos estar presentes quase todos os dias (APA, 2013).

Diagnosticar a Perturbação Depressiva na DID nem sempre é fácil (Tomić et al., 2011) pois, apesar de, muitas vezes, as pessoas com DID apresentarem sintomas idênticos aos já descritos (McGillivray e McCabe, 2007), os instrumentos de avaliação existentes, que se baseiam na autoavaliação de sintomas, requerem um grau de compreensão de estados

psicológicos nem sempre existente, face às características desta população (Tomić et al., 2011). Quando a severidade da DID é maior e as habilidades de expressão verbal encontram-se afetadas (Walton e Kerr, 2015), o processo é ainda mais complicado, sendo nesses casos imprescindível prestar mais atenção à conduta do sujeito, ao invés das manifestações cognitivas (Hartley e Birgenheir, 2008; Sanz et al., 2014). Sendo assim, é fundamental considerar aspetos passíveis de estarem presentes neste grupo, sendo exemplo o aumento de condutas agressivas e autolesivas (Sanz et al., 2014), diminuição de movimentos corporais, de expressões faciais distintas e também sorrisos, aumento do tempo para dar respostas (Harley e Birgenheir, 2008), incontinência, perda de habilidades anteriormente dominadas (Government of South Australia, 2013), descuidos no cuidado físico e tendência para se centrar em aspetos negativos de si mesmo e dos outros (Sanz et al., 2014). É, igualmente, necessário estar vigilante com respeito às interações com outros, visto que estados depressivos levam a que as pessoas com DID se envolvam menos com os seus parceiros e os seus próprios comportamentos não-verbais, de menor resposta, dão origem a que os seus pares também limitem as interações, por estas não terem recompensa e parecerem mais aborrecidas (Hartley e Birgenheir, 2008).

Face às consequências que estados depressivos podem trazer, é essencial identificar de forma precoce quem esteja em maior risco (McGillivray, McCabe e Kershaw, 2007). Nesse seguimento, a dependência de outros e sentimentos de não fazer tantas coisas quanto os pares da mesma idade podem ser fatores de risco (Burke, 2013), assim como ter familiares próximos com antecedentes de doença mental (Dirección General de Personas con Discapacidad y Servicio Andaluz de Salud, 2016). Para além disso, Hove, Assmus e Havik (2016), que analisaram uma amostra de 593 sujeitos com DID, verificaram que a exposição à perda, à doença e ao bullying e a intensidade desses eventos correlaciona-se com os sintomas depressivos. De facto, os mesmos autores refletiram que, quando a intensidade de uma perda é grave, seja por rejeição, interrupção de contacto ou morte, isso é suficiente para afetar a saúde mental do sujeito. Também, o estudo de Gillivray e McCabe (2007) apurou que o número de eventos experienciados por uma pessoa com DID durante seis meses foi preditor para resultados depressivos e que a frequência de pensamentos negativos, baixa qualidade e frequência de apoio social, baixa autoestima e comparação social negativa podem ser fatores de risco. Outros autores também corroboram a ideia de associação entre acontecimentos de vida e depressão (Esbensen e Benson, 2006) e, também, que a acumulação de eventos, especialmente os negativos, podem aumentar a probabilidade de PDM (Hermans e Evenhuis, 2012).

Atualmente, a atenção dada a este assunto tem sido maior, mas ainda existe muito a fazer, no âmbito de desenvolvimento de políticas de saúde face ao diagnóstico duplo e a nível interventivo (Ferreira e Figueira, 2015). É verdade que a abordagem terapêutica mais comum é a medicação, mas é relevante associar à mesma métodos que visem a modificação comportamental (Tomić et al., 2011). Nesse sentido, a Terapia Psicomotora pode ser um complemento interventivo importante, pois permite que o sujeito expresse o seu mal-estar psicológico através dos movimentos corporais, organizando e equilibrando funções mentais modificadas (Albuquerque, 2010). De facto, a Terapia Psicomotora pode ser promotora de vários aspetos (Aragón, 2012) que se encontram afetados, como a lentidão psicomotora (Bennabi, Vandel, Papaxanthis, Pozzo e Haffen, 2013) ou a perceção da linguagem corporal (Kaletsch et al., 2014). Acima de tudo, o primordial é utilizar uma abordagem centrada na pessoa, face à heterogeneidade desta população (Mental Health Commission, 2009), visando a participação ativa da mesma no processo, com o envolvimento de uma equipa multidisciplinar, que tenha diferentes formas de atuação (Ferreira e Figueira, 2015).

3. Terapia Psicomotora

Tendo como alicerce uma visão holística do ser humano (European Forum of Psychomotricity [EFP], 2012), a Psicomotricidade centra-se na noção de unidade entre mente e corpo (Frimodt, 2010), considerando as relações recíprocas existentes entre estes elementos (EFP, 2012; Fonseca, 2004). Trata-se de um campo transdisciplinar (Fonseca, 2004) que se baseia nas ciências psicológicas, pedagógicas, médicas e neuropsicológicas (Frimodt, 2010). Dessa forma, a Psicomotricidade é encarada como tendo três componentes interligadas: multicomponencial, por tentar integrar contributos das Ciências Humanas, Sociais e Biológicas; multiexperiencial, ao analisar como a Psicomotricidade tem implicações no desenvolvimento humano em todas as etapas e condições de vida; multicontextual, por permitir a sua aplicação em diferentes contextos de atividade humana (Fonseca, 2010b).

Com uma intervenção que pode ocorrer a nível preventivo, reabilitativo, educativo ou terapêutico (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2012; EFP, 2012), o corpo torna-se o instrumento de ação e o mediador do processo terapêutico (EFP, 2017; Maximiano, 2004), sendo sobre este que se trabalham as dificuldades do sujeito (Martins, 2001). A Terapia Psicomotora importa-se com a integração de fatores simbólicos, corporais, emocionais e cognitivos (Frimodt, 2010) e permite expressar no comportamento

a vida psíquica (Paz, 2010), ao ser o suporte corpóreo das funções mentais (Fonseca, 2010b). A mesma ocupa-se em observar as características das atitudes, posturas, mímicas e as suas respetivas significâncias, assim como do movimento (Maximiano, 2004), o qual se pretende que, pela tomada de consciência do corpo (Fonseca, 2010a) seja realizado com intencionalidade (Velasco e Bernini, 2013). Portanto, a Terapia Psicomotora não vê apenas o sujeito como o portador de um problema, mas vê o seu todo psicossomático (Fonseca, 2010b).

Atualmente observa-se uma diminuição das atividades corporais (Hermant, 2010). Dessa forma, a Terapia Psicomotora torna-se essencial, ao centrar a sua intervenção para o desenvolvimento e conhecimento do “EU corporal”, através da promoção de vivências corpóreas que podem apoiar o indivíduo no ganho de mecanismos e num melhor conhecimento, por forma a ajustar a sua personalidade ao envolvimento (capacidade adaptativa) (Matias, 2005; Maximiano, 2004). De facto, esta terapêutica preocupa-se com a capacidade do sujeito para interagir face a um contexto biopsicossocial (EFP, 2012; Frimodt, 2010), tendo em consideração o seu contexto cultural, ecológico e socio-histórico (Fonseca, 2010b).

Assim, a Terapia Psicomotora incide sobre a capacidade do sujeito sentir e pensar o seu próprio corpo (APP, s.d.), sendo importante o apoio desta terapia face à existência de situações em que a adaptação possa estar comprometida (Custódio e Santos, 2011). Consequentemente, ao promover o CA, a pessoa é apoiada para lidar melhor com as suas dificuldades (Valente, Santos e Morato, 2012). Também, face a um défice de carácter cognitivo, o corpo pode ser o meio para a promoção de esquemas sensoriomotores e da organização perceptiva, bem como do pensamento conceptual e simbólico (Martins, 2010). Como tal, pode intervir na expressão motora inadaptada (Novais, Morais e Mateus, 2005).

Pretende-se, deste modo, estimular e reorganizar as funções psicomotoras (Beck et al., 2004), associando-se às mesmas sete fatores, com uma estrutura hierárquica entre si (ou seja, os fatores mais básicos vão influenciar os seguintes, se não estiverem bem adquiridos) sendo eles: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2010a). A Terapia Psicomotora permite promover, entre outros aspetos, o esquema corporal, temporal e espacial do sujeito, assim como o tónus muscular e controlo postural, coordenação motora, imagem corporal, autoconceito, autoestima, reconhecimento de emoções, relação com os outros, aspetos verbais e não-verbais da comunicação e aceitação e respeito de normas (Aragón, 2012).

Nesta área interventiva, estabelecer um plano terapêutico é útil, pois ajuda a direcionar o processo (EFP, 2017). Neste plano, o Psicomotricista deve ter em atenção a duração, metodologia, frequência e metas de intervenção, ajustando-o sempre que necessário (EFP, 2012). Esses aspetos são delineados com base nos resultados obtidos na avaliação psicomotora (Aragón, 2012; EFP, 2017). No entanto, o processo terapêutico deve ter em consideração, para além da problemática, a história individual de cada pessoa, o que, por conseguinte, ajuda a determinar se a intervenção deve ser mais individual ou grupal, a diretividade a utilizar e as componentes sobre as quais se deve centrar a atenção (cognitiva, relacional ou motora) (Martins, 2010). Importa salientar que o Psicomotricista não foca o seu trabalho nos sintomas, mas antes nas forças da pessoa (EFP, 2012), conseguindo dominar diversos modelos e técnicas de (re)habilitação que possam ser mais adequados para cada caso (Novais et al., 2005). Objetiva-se a construção de uma relação com o cliente, sendo esta a base de todo o apoio psicomotor (Beck et al., 2004).

As sessões a realizar devem ser estruturadas e organizadas com base nos principais objetivos (verificando-se o que é mais redundante) e abordagem da terapia (Probst, 2010). Estas costumam ter uma duração aproximada de 45 minutos (Novais et al., 2005) e, apesar de serem um espaço para a liberdade e criatividade, têm uma estrutura organizada, podendo fazer parte das mesmas um ritual de início, o tempo de trabalho em si, retorno à calma e um ritual de fim (onde se podem falar sobre as experiências vividas durante a sessão) (Aragón, 2012; Beck et al., 2004).

Nesta terapia, para além do corpo, podem ser utilizados diversos objetos, de acordo com a sua funcionalidade prática, mas também em harmonia com o seu valor simbólico, dependendo dos objetivos mais instrumentais ou relacionais da intervenção; o objeto pode servir para se utilizar funcionalmente, mas também pode permitir a construção de uma projeção do corpo no espaço e ser um mediador de trocas emocionais e afetivas (Martins, 2001).

3.1. A Terapia Psicomotora na DID

Apesar dos estudos no âmbito da Terapia Psicomotora em adultos com DID serem, infelizmente, escassos (Ojeda, 2005), existem algumas considerações pertinentes que podem ser abordadas.

O desenvolvimento psicomotor destas pessoas encontra-se geralmente alterado, tornando-se a Terapia Psicomotora uma abordagem importante para a reabilitação nestes

casos (Leitão et al., 2008). De facto, os benefícios já mencionados relativos à Terapia Psicomotora associam-se diretamente às características das pessoas com DID. Por exemplo, numa investigação feita com 15 adultos com e sem DID entre os 22 e 31 anos, Antunes e Santos (2015) objetivaram analisar os possíveis benefícios no CA e na Proficiência Motora, após a aplicação de um programa de Terapia Psicomotora, durante três meses. Os resultados apontaram para melhorias significativas em alguns dos aspetos avaliados do CA e da Proficiência Motora. À vista disso, esta terapia pode tornar-se num apoio significativo, potencializando as capacidades das pessoas com DID para poderem integrar-se de forma ativa na sociedade (Valente et al., 2012) se, como já referido, existirem apoios individualizados adequados à pessoa (Morato e Santos, 2007). Para esse fim, a intervenção deve ser o mais precoce possível (Simões e Santos, 2013), o que vai ajudar, assim, a promover as habilidades adaptativas do indivíduo (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2015).

Ao mesmo tempo, a terapêutica deve ser ajustada ao sujeito que vai participar no processo interventivo (Llauradó, 2008), ou seja, é fundamental ser-se realista face às capacidades da pessoa, sejam as adaptativas, motoras ou intelectuais, visando-se sempre a funcionalidade individual, o maior ganho de independência possível em relação aos outros (Valente et al., 2012) e a saúde mental do indivíduo (EFP, 2012). Igualmente, a eficácia interventiva, a satisfação do sujeito e a análise sobre se a intervenção influencia positivamente a QV devem ser fatores a ponderar (Probst, 2010).

As aprendizagens das pessoas com DID processam-se de forma mais lenta, pelo que este aspeto deve ser levado em conta nas estratégias a serem utilizadas (Leitão et al., 2008). Nesse sentido, o Psicomotricista deve ter capacidade para escutar, ter empatia e disponibilidade (Llauradó, 2008), prestando atenção à forma de comunicar, pois é através da comunicação (eg. gestos, modulações tónicas) que se gere o diálogo corporal na Terapia Psicomotora (Maximiano, 2004). Ademais, devem promover-se situações que sejam significativas e positivas, visando o facilitar da aprendizagem (Leitão et al., 2008). Para tal, é importante nunca esquecer que a intervenção está a ser feita com adultos, ou seja, deve-se evitar o erro de infantilizar o trabalho realizado com estas pessoas (Ojeda, 2005).

Igualmente, o técnico deve assumir um papel de potenciador de relações, ou seja, utilizar estratégias que facilitem o contacto entre os elementos do grupo (Ojeda, 2005). Como as pessoas com DID podem ter uma capacidade de expressão linguística limitada, o comportamento deve ser entendido como uma forma de comunicação (Gentile et al.,

2015) e, portanto, devido a essas dificuldades, as sessões de Terapia Psicomotora são um momento ideal para treinar as habilidades de comunicação (verbais e não-verbais), devendo-se para isso estabelecer dinâmicas integradoras de todos nas sessões (Ojeda, 2005).

A intervenção farmacológica também pode ser importante nesta população (Sadock et al., 2017) e a mesma pode ter maiores benefícios quando, precisamente, se realizam em conjunto intervenções de carácter envolvimento (Fisher, Griffin e Hodapp, 2011), como é o caso da Terapia Psicomotora. Contudo, a medicação pode ter mais facilmente efeitos secundários nesta população (Ke e Liu, 2015; Thorpe, Davidson e Janicki, 2000), devendo o terapeuta ter isso em atenção face ao desempenho da pessoa com DID nas sessões.

Também, um aspeto oportuno a salientar, mas muitas vezes esquecido na intervenção com esta população, é o facto de que as famílias importam, ou seja, estas têm impacto sobre o desenvolvimento das pessoas com DID (Neece e Lima, 2016) e o Psicomotricista tem de considerar esta componente. As famílias devem estar envolvidas no processo terapêutico (Thorpe et al., 2000), havendo necessidade de incidir sobre a educação dos familiares, para que consigam lidar melhor com sentimentos negativos e com o familiar com DID, criando ambientes mais estimulantes e incentivando à independência do sujeito (Sadock et al., 2017). Ao mesmo tempo, as próprias famílias têm de ser ajudadas, pois o impacto de cuidar de um membro com DID ao longo da vida pode trazer repercussões psicossociais, de saúde e económicas e o envelhecimento dos prestadores de cuidados também é uma realidade (Heller e Schindler, 2009).

Portanto, podendo intervir sobre todos os grupos etários, a Terapia Psicomotora pode usar diferentes metodologias (APP, 2012). Os contextos mais específicos de Terapia Psicomotora no CAO do C.E.C.D. Mira Sintra são descritos de seguida.

3.2. Contextos de Terapia Psicomotora

3.2.1. *Terapia em Meio Aquático*

Desde a antiguidade que a água é utilizada como fonte de cura (Becker, 2009). Efetivamente, a água é um elemento que acompanha a vida humana desde o útero e é indispensável para a sobrevivência (Filho e Andrade, 2007), sendo facto de que uma grande parte das pessoas gosta de atividades aquáticas (Stan, 2012). A água pode ter um carácter lúdico (Filho e Andrade, 2007) e ser um meio rico em estímulos propriocetivos e táteis (Pôrto e Ibiapina, 2010). Existem, de facto, vários benefícios inerentes à utilização

da água como terapia (Rocha et al., 2014) e que confirmam que, intervir através da exploração do meio aquático, é uma mais-valia em todas as idades (Filho e Andrade, 2007). Este é, assim, um contexto privilegiado para a reeducação psicomotora (Freitas e Silva, 2010) e isso inclui os adultos com DID (Hakim, Ross, Runco e Kane, 2017), apesar dos estudos serem escassos com esta população (Ojeda, 2005).

As propriedades da água podem ser terapêuticas, como é o caso da temperatura em que, se por um lado, a água fria pode originar alguma tensão e necessidade de movimentos mais dinâmicos, por outro a água quente leva o sujeito a relaxar e a diminuir os seus movimentos corporais (Lewandowski, 2014). A flutuabilidade é outra propriedade, associada ao facto do corpo, ao entrar na água, ficar mais leve, diminuindo os efeitos da gravidade e, por conseguinte, permitindo movimentos mais seguros e confortáveis (Rainbow Rehabilitation Centers, 2009), que em ambiente terrestre são mais difíceis (Stan, 2012). Dessa forma, a locomoção fica facilitada, reduzindo o impacto que as articulações fazem durante o movimento (Frank et al., 2013) e os sistemas musculoesquelético e cardiovascular ficam ativados, com um baixo risco de lesão (Torres-Ronda e Alcázar, 2014). Também, a resistência que a água tem para com o movimento faz com que a pessoa realize outras mobilizações para ter de se adaptar a este meio, o que contribui para o aprofundamento da consciência corporal e dos gestos que têm de ser realizados (Lewandowski, 2014).

A Terapia Psicomotora em meio aquático pode, assim, contribuir para a promoção de objetivos cognitivos, psicomotores, sociais (Freitas e Silva, 2010), motivacionais e humorais (Lô e Goerl, 2010), modificando as funções corporais de base como o tónus, equilíbrio, organização do movimento, perceção do corpo e a respiração (Lewandowski, 2014). Igualmente pode estimular a capacidade de resolução de problemas (Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais [APTO], 2013), a estimulação social e interação (Hakim et al., 2017), assim como promover o bem-estar e a QV (Frank et al., 2013). Neste último aspeto, um estudo realizado por Jardim e Santos (2016), envolvendo 29 adultos com DID (moderada e ligeira), visou analisar de que forma a terapia em meio aquático poderia beneficiar competências aquáticas e a QV de pessoas com DID. Depois da aplicação de um programa, com a duração de quatro meses e sessões semanais, com cerca de 50 minutos cada, verificaram-se benefícios em alguns domínios da QV e em algumas competências aquáticas, na avaliação imediata ao programa. Também, o estudo piloto de Aherne e Coughlan (2016) teve como objetivo verificar de que forma a intervenção aquática poderia ser benéfica para pessoas com níveis mais severos de DID, analisando para isso

a aplicação de 12 sessões (envolvendo mobilizações com ou sem ajuda) em quatro sujeitos com DID entre os 39 e 57 anos, caracterizados por pouca mobilidade e maior dependência. Com entrevistas feitas a profissionais associados a estas pessoas, verificaram-se, de facto, efeitos positivos nos estados mentais e físicos dos participantes, com possibilidade da existência de uma maior liberdade na água.

Outros profissionais podem utilizar a água como via terapêutica, mas o Psicomotricista diferencia-se pela leitura corporal que faz do sujeito e da sua sintomatologia, tendo sensibilidade à comunicação não-verbal (Lewandowski, 2014). É de referir, também, que na intervenção em meio aquático com fins terapêuticos, a prioridade não é a aprendizagem das técnicas natatórias formais, mas a promoção de habilidades motoras básicas já mencionadas (Freitas e Silva, 2010). No entanto, se existir uma boa fase de adaptação à água, com aquisição de componentes inerentes ao relaxamento, flutuação, deslocamentos, controlo corporal e respiração, o desenvolvimento de habilidades associadas às técnicas natatórias também é uma mais-valia (Bôscolo, Santos e Oliveira, 2011). Quando isso acontece, a vertente de Natação Adaptada é uma possibilidade, promovendo esta prática um sentimento de igualdade nestas pessoas (Pearn e Franklin, 2013).

3.2.2. Equitação Terapêutica

Desde a antiguidade que o cavalo é utilizado como forma de reabilitação para beneficiar a saúde das pessoas (Miranda, 2000) e, nos últimos anos, tem-se verificado um aumento da utilização desta terapia (Lopes, 2004), através da Equitação Terapêutica (Professional Association of Therapeutic Horsemanship International, 2017), Hipoterapia (Wilder, 2015), Equoterapia (Lopes, 2004) ou Equitação Adaptada (Centro Hípico da Costa do Estoril, 2016b). Esta terapia envolve usar o cavalo de forma consciente, controlada e planeada, com o objetivo de prevenir ou melhorar problemáticas que colocam em risco a QV da pessoa (Steiner e Kertesz, 2015).

O cavalo é caracterizado por proporcionar movimentos que são terapêuticos e que se tornam benéficos aquando da existência de uma deficiência, ou algum tipo de limitação (Professional Association of Therapeutic Horsemanship International, 2017), o que inclui as pessoas com DID, PEA e PC (Leitão, 2008). Neste sentido, o cavalo, a passo, pode produzir até 75 movimentos de carácter tridimensional, por minuto (Centro Hípico de Alcária, 2017; Centro Hípico da Costa do Estoril, 2016b). Estes movimentos pélvicos, que ocorrem para a esquerda e direita, frente e trás e cima e baixo, assemelham-se aos movimentos

pélvicos realizados na marcha humana (Valente, 2017; Uchiyama, Ohtani e Ohta, 2011). Desta forma, permite-se a existência de um conjunto de *inputs* sensoriais e motores (Uchiyama et al., 2011), surge um deslocamento do centro gravitacional da pessoa (Lopes, 2004) e há o estimular de uma constante adaptação da postura, seja através de movimentos voluntários ou de reflexos posturais (Miranda, 2000), havendo desequilíbrios e reequilibrações contínuas (Faria e Santos, 2007).

Uma postura mais adequada, consequentemente, origina melhores movimentos (Miranda, 2000). Assim, a ação do cavalo favorece uma melhor ativação muscular e melhores respostas de movimentação, o que, por conseguinte, fomenta uma reação mais rápida e com movimentos mais apropriados das pessoas com DID, face a qualquer situação diária repentina (Giagazoglou et al., 2013). O sujeito passa a ter uma melhor percepção (Valente, 2017) e consciencialização do movimento e a fazer a descoberta do prazer associado (Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra [APCC], 2017a). De facto, isso vai ao encontro de um estudo feito por Giagazoglou et al. (2013), que envolveu a aplicação de um programa de Hipoterapia durante 14 semanas a 19 adolescentes do género masculino com DID moderada. Desses, 10 fizeram parte do grupo experimental, que teve sessões individualizadas de 35 minutos, duas vezes por semana, com exercícios típicos de Hipoterapia. O objetivo foi analisar os efeitos no tempo de reação e ativação musculares antes e depois da intervenção, através de um teste que envolvia levantar da cadeira e permanecer estável durante cinco segundos, face à resposta a três estímulos diferentes (visual, auditivo e com olhos fechados). Os autores verificaram que houve melhorias no tempo de reação na avaliação, ou seja, este estudo traz evidência de que a função de reação muscular (tempo de reação) em pessoas com DID pode ser favorecida através da Hipoterapia.

Ainda no âmbito psicomotor, verificam-se melhorias a nível do equilíbrio, coordenação, tónus e redução de espasmos (Lopes, 2004), na força muscular, flexibilidade (Professional Association of Therapeutic Horsemanship International, 2017) e mobilidade articular (Centro Hípico de Alcária, 2017). Também, para além dos benefícios de carácter mais físico, o cavalo transmite feedback face às ações e comportamentos dos participantes da terapia, sendo fácil o sujeito estabelecer uma conexão com o animal, podendo este espelhar as emoções do cavaleiro (Wilder, 2015). Benefícios na concentração, conhecimento espacial, autonomia (Leitão, 2008), memória, fala e raciocínio também podem ser visíveis, bem como a promoção da autoestima e autoconfiança, diminuição da agressividade, aumento da capacidade de socialização (Lopes, 2004) e redução do stresse (Miranda, 2000). O

estudo de Borioni et al. (2012), envolvendo a análise de possíveis benefícios da terapia através dos cavalos em oito adultos com DID e com burros em 15 pessoas com DID, mostrou uma melhoria geral a nível da autonomia e da interação social, assim como na autoestima e na atenção dada ao envolvimento que rodeia o sujeito, com os benefícios a poderem permanecer no tempo.

Em suma, a Equitação Terapêutica utiliza o cavalo como mediador de um processo que permite a obtenção de benefícios físicos, psicológicos (APCC, 2017a), sociais, emocionais e cognitivos (Professional Association of Therapeutic Horsemanship International, 2017), sendo uma terapia que não envolve apenas montar o cavalo, mas as sessões podem ser adaptadas face às necessidades de cada pessoa (Wilder, 2015). Neste sentido, a equitação como terapia pode ter as valências de Equitação Terapêutica, Hipoterapia ou Equitação Adaptada (Academia Equestre João Cardiga, 2015), sendo que a inclusão de uma pessoa em determinada valência correlaciona-se com os seus objetivos terapêuticos (Centro Hípico de Alcária, 2017; Centro Hípico da Costa do Estoril, 2016b).

No caso da Hipoterapia, não estão a ser propriamente ensinadas habilidades de condução do cavalo (Wilder, 2015), sendo o objetivo primordial o uso dos movimentos do animal para a obtenção de contributos reabilitativos (existem objetivos neuromotores associados) (Centro Hípico de Alcária, 2017). Já na Equitação Terapêutica, podem estar associados progressos no sentido de ensinar aspetos equestres e também coexistem objetivos psicomotores advindos das necessidades específicas do sujeito (Centro Hípico de Alcária, 2017). Por fim, na Equitação Adaptada, projeta-se uma componente mais desportiva e competitiva, visando o desenvolvimento de competências equestres (Centro Hípico de Alcária, 2017).

Nesta terapia, o passo, o trote e o galope (formas de andamento do cavalo) podem ser utilizados (Steiner e Kertesz, 2015). O indivíduo pode ser colocado em diferentes posições (eg. sentado em sela com/sem estribos, posições de decúbito dorsal/ventral/transversal) e o cavalo pode movimentar-se em volteio, puxado ou dirigido pela própria pessoa que está a montar (Miranda, 2000).

A seleção dos cavalos a utilizar deve ser feita de acordo com a sua natureza estável e a forma como lidam com pessoas, com o controlo físico limitado e os equipamentos incomuns (Fredrickson-MacNamara e Butler, 2010). Privilegia-se o animal manso e que permite facilmente a proximidade do ser humano, mesmo que o sujeito tenha movimentos involuntários ou condutas alteradas (López-Roa e Moreno-Rodriguez, 2015). Para além

disso, devem-se ter em conta características físicas, como a marcha e a altura (McArdle, 2015).

Em conclusão, compreende-se a importância que esta via terapêutica pode ter para pessoas com DID, apesar dos estudos relacionados com esta população em específico serem ainda escassos, como já mencionado (Ojeda, 2005).

3.2.3. Atividade Motora Adaptada

Atualmente existe uma grande sensibilização para agir em função de uma vida saudável e a prática desportiva e o movimento são elementos fundamentais para esse fim (Berta, 2004). Na realidade, a inatividade física é considerada como tendo uma forte influência na saúde das pessoas, sendo um dos fatores de risco mais relevantes associado à mortalidade (OMS, 2010). E se é verdade que os níveis de atividade física são baixos na população em geral, as pessoas com DID ainda estão mais propensas a que isso ocorra (Hsieh, Heller, Bershadsky e Taub, 2015; Stancliffe e Anderson, 2017). Fatores como superproteção familiar e crenças de falta de capacitação para participar em atividade física (Abellán e Vicente, 2002), assim como a falta de compreensão do próprio sobre os benefícios (Hawkins e Look, 2006) ou falta de motivação (Taliaferro e Hammond, 2016), atributos físicos limitados (Rimmer e Marques, 2012) e barreiras sociais e ambientais, podem influenciar a prática de atividade física neste grupo populacional (Cardoso, 2011). Como consequência, a inatividade origina vários problemas de saúde (Dairo, Collett, Dawes e Oskrochi, 2016), como os já mencionados anteriormente, relativamente às características na DID.

Assim, esta população precisa de apoio através de uma intervenção sistemática para poderem construir a sua aptidão física (Rintala, Asunta, Lahti e Loovis, 2016). Pode-se, desta forma, abordar o conceito de Atividade Motora Adaptada (AMA). Esta envolve prestar serviços promotores do acesso a estilos de vida ativos e ao desporto, aceitando as diferenças individuais (European Federation of Adapted Physical Activity [EFAPA], 2011). Nesse sentido, disponibiliza atividades de caráter coletivo e individual, apropriadas a vários níveis de desempenho motor e características corporais (APCC, 2017b), podendo esta intervenção decorrer nas vertentes recreativa, terapêutica, educativa e competitiva (Instituto Português do Desporto e Juventude [IPDJ], 2012). Envolve todo o conjunto de experiências motoras, sendo utilizadas metodologias e estratégias para as tornar acessíveis, adequando a exigência das mesmas ao sujeito (Rodrigues, 2006). Entre outros aspetos, pretende-se, também, que estas atividades sejam prazerosas, que possam

envolver interação social e que permitam que o próprio possa participar no processo de escolha do que pretende fazer (Carmeli e Imam, 2014).

São, assim, vários os benefícios que a AMA pode providenciar. Um estudo realizado por Oviedo, Guerra-Balic, Baynard e Javierre (2014) com pessoas com DID, visando avaliar os efeitos de um programa combinado envolvendo exercícios de força, aeróbicos e de equilíbrio, teve resultados positivos nos parâmetros mencionados, assim como perda de peso em vários dos participantes. A atividade física nesta população traz, de facto, benefícios psicomotores, como a coordenação, equilíbrio, postura (IPDJ, 2012) e tomada da consciência corporal (Moreira, 2004), com experimentação da forma como o corpo reage ao exercício (Verellen, Molik e Vanlandewijck, 2010). As melhorias na aptidão cardiorrespiratória e muscular (WHO, 2017b), resistência, flexibilidade, força e velocidade (APCC, 2017b; IPDJ, 2012), assim como a redução de risco de quedas (Hanegem, Enkelaar, Smulders e Weerdesteyn, 2013), da hipertensão, diabetes e do Acidente Vascular Cerebral também são uma realidade (WHO, 2017b).

Numa vertente mais socioemocional, estudos sobre a população com DID indicam a atividade física como sendo promotora da autoconfiança (Vogt, Schneider, Abeln, Anneken e Strüder, 2012), do bem-estar e da diminuição dos sintomas depressivos (Carraro e Gobbi, 2014). Também, o estudo de Carraro e Gobbi (2012), ao analisar os efeitos de um programa de exercício sobre a ansiedade num grupo de pessoas com DID, concluiu que decorreu uma diminuição dos níveis de ansiedade, à medida que o programa ia sendo aplicado.

Para além dos benefícios anteriores, a AMA permite estimular possibilidades e potencialidades do indivíduo de uma maneira prazerosa e lúdica, como o é através, por exemplo, do desporto adaptado (Cardoso, 2011). Face ao isolamento e estilo de vida sedentário que estas pessoas podem vivenciar pelas suas limitações (Verellen et al., 2010), o desporto pode ser um facilitador da inclusão das pessoas com deficiência, ao providenciar vivências sociais e a saída do sedentarismo (Moreira, 2004).

Como exemplo de um programa desportivo inclusivo no âmbito da DID pode-se mencionar o Special Olympics, movimento que atualmente envolve mais de 3.5 milhões de atletas de cerca de 180 países, incluindo Portugal (Special Olympics Portugal, s.d.). Neste movimento, os vários atletas podem participar em provas regionais e mundiais de diversos desportos, sendo exemplo o Boccia, Equitação, Futebol, Atletismo, Natação ou Voleibol (Special Olympics, 2017).

4. A Avaliação na DID

Indo ao encontro da nova visão da definição de DID, já mencionada anteriormente, deve-se prestar atenção ao paradigma inerente aos apoios, ou seja, que diferentes tipos e intensidades de apoio são necessários para que estas pessoas possam participar e contribuir de forma ativa na sociedade (Thompson et al., 2014). Para tal, é importante avaliar o sujeito no seu CA (Tassé et al., 2016) e funcionamento intelectual (APA, 2013), sendo crucial complementar a avaliação com dimensões como a saúde, o contexto da pessoa e a sua participação, i.e., é importante a existência de uma abordagem multidimensional (Buntinx e Schalock, 2010). Dessa forma, e tendo em consideração as necessidades transversais a diferentes domínios da pessoa com DID, a avaliação deve envolver profissionais de diversas áreas (American Speech Language Hearing [ASLH], 2017), na qual se inclui o psicomotricista, pelo contributo fundamental que esta terapia pode ter na DID (Leitão et al., 2008).

A avaliação psicomotora é uma necessidade, pois intervir sem avaliar faz com que as especificidades do sujeito não sejam tidas em conta e, consequentemente, viver-se-ia uma situação de ser a pessoa a adaptar-se à terapia, em vez de ser a terapia a adequar-se às características do indivíduo (Pitteri, 2004). De facto, a eficácia da terapia não depende apenas da aplicação de uma técnica mas, antes, do ajuste frequente da abordagem utilizada para com a pessoa que beneficia do processo interventivo (Thurin, 2010).

Assim, o Terapeuta Psicomotor é um profissional apto para utilizar instrumentos qualitativos e quantitativos (testes e observação) e estabelecer um diagnóstico inerente aos problemas e habilidades psicomotores (EFP, 2012), visando-se sempre uma abordagem global do sujeito (Pitteri, 2004). Neste sentido, é verdade que tem vindo a aumentar o número de meios de avaliação e de testes, mais precisos e focalizados (Saint-Cast, 2004), mas existe escassez, a nível psicomotor, de instrumentos de avaliação específicos a adultos com DID. No entanto, apesar da utilidade de se compararem os resultados obtidos a uma norma, esse não é o ponto mais essencial (Saint-Cast, 2004). Visando o planeamento centrado na pessoa (Claes et al., 2010), o objetivo primordial da avaliação é elaborar um perfil psicomotor do indivíduo que seja facilitador da terapia e favoreça o ganho de competências psicomotoras (Fonseca, 2005). Inclusive, a observação de carácter mais informal deve ser realizada, ao permitir analisar características da pessoa de uma forma global, como o relacionamento que o sujeito tem com o meio, a forma de se mover, de organizar o seu tempo (Aragón, 2012) comportamentos, atitudes, características psicoafetivas e competências psicomotoras (Pitteri, 2004).

A avaliação deve ser um processo contínuo e registado por escrito (Arriagada, 2000), sendo essa atitude uma via para comunicar com os outros técnicos e, igualmente, afirmar a importância da Terapia Psicomotora (Pitteri, 2004). Deve-se, desta forma: avaliar antes da intervenção, pois isso permite traçar o plano terapêutico e interventivo; avaliar durante a intervenção para monitorizar a mesma; avaliar após a intervenção para apurar se os objetivos pretendidos foram atingidos (Aragón, 2012). Este processo permite, então, não só formar o projeto terapêutico, como também verificar se a pessoa está a tirar proveito do mesmo (Pitteri, 2004). É relevante salientar que avaliar também pressupõe monitorizar o processo terapêutico em si (Thurin, 2010).

II - Realização da Prática Profissional

Após uma abordagem teórica inicial, no capítulo que se segue efetua-se a descrição da Terapia Psicomotora que decorre no CAO do C.E.C.D., bem como o trabalho que foi desenvolvido pela mestrandia, no âmbito do estágio.

1. Terapia Psicomotora e Núcleo de Atividade Motora Adaptada

No CAO do C.E.C.D. de Mira Sintra, a Terapia Psicomotora encontra-se inserida no Núcleo de AMA. A responsabilidade deste núcleo está a cargo das duas TSEER, orientadoras locais, a Dra. Inês Baião e a Dra. Susana Cunha. Neste departamento, o trabalho fundamenta-se nos direitos dos clientes (ver anexo I) e nos objetivos já mencionados que o C.E.C.D. tem para com esta população, visando sempre o bem-estar, a promoção da autonomia e a QV destas pessoas.

Atualmente, este núcleo dá resposta a cerca de 105 clientes, com idades entre os 18 e 55 anos. Algumas pessoas apoiadas podem ter uma intervenção mais esporádica e outras de caráter mais regular, estando divididas em vários grupos sobre os quais as TSEER intervêm, de forma individual ou ambas em conjunto. Nesse sentido, cada TSEER fica responsável por um determinado número de clientes (por norma, associados aos grupos das salas ou unidade funcional), com os quais dinamiza sessões de Terapia Psicomotora, maioritariamente no ginásio e no gabinete de condição física. Quando as sessões de ambas decorrem em simultâneo, organizam-se entre si para dividirem o tempo da sessão entre os dois espaços mencionados. Dinamizam em conjunto as sessões de AMA, de Natação Adaptada, as caminhadas realizadas com pessoas da unidade funcional A e a ida ao exterior para as aulas de *Karaté* adaptado (dirigidas pelo mestre José

Ramalho). No caso da Equitação Terapêutica, as TSEER e a Terapeuta Ocupacional realizam as sessões em simultâneo, mas de forma independente.

Nem todos os clientes do CAO estão inseridos no mesmo tipo de sessões (e.g. um cliente que beneficie das sessões de Natação Adaptada pode não estar incluído nas de AMA). É realizado um processo de análise, por forma a verificar a elegibilidade de determinada pessoa para um certo contexto terapêutico, tendo-se também em conta o PIC. Este é elaborado no início do ano para cada cliente do CAO, de forma multidisciplinar e envolvendo a família e o próprio, sempre que possível, no processo. Para tal, são realizadas reuniões com as famílias e o cliente, que são geridas pelo respetivo gestor de caso. No PIC ficam delineados vários aspetos, entre eles:

- Data de início e de término do PIC;
- Expectativas do cliente e da sua família/significativos;
- Domínios fortes e a potenciar, relativos à QV e a outras necessidades e aspetos;
- Fontes de informação utilizadas para elaborar o PIC (eg. testes, observações);
- Indicação dos profissionais que têm intervenção direta com o cliente, como o gestor de caso, monitor e técnicos das diferentes áreas;
- Indicação de objetivos a atingir, com base nos domínios e dimensões da QV, com apresentação dos resultados esperados e dos resultados realmente obtidos;
- Descrição da avaliação dos resultados, com propostas de reformulação advindas da monitorização intermédia e final por parte dos técnicos, família ou cliente.

Os objetivos específicos dos clientes com respeito ao núcleo de AMA são monitorizados de seis em seis meses (no final/início do ano e a meio do mesmo). Isso envolve avaliar os participantes em diferentes aspetos, enumerados nas fichas respetivas para cada contexto terapêutico. No caso das avaliações observadas pela estagiária (e com possibilidade de participar na aplicação das mesmas), estas fundamentam-se em alguns itens das Baterias de Fullerton, do Body Skills e da BPM. Também são analisados aspetos mais comportamentais e relacionais, que podem ser registados na ficha de monitorização de competências sociais, a qual a estagiária utilizou ao longo da sua intervenção.

Atualmente, tendo em conta as diretrizes de planeamento centrado na pessoa (Claes et al., 2010), sobre as quais o C.E.C.D. se rege, tem-se vindo a perspetivar a possível alteração do padrão atual de PIC, com base no modelo “*Planning Alternative Tomorrows with Hope*” (PATH) adaptado e proposto pela Associação de Solidariedade Social de

Lafões (ASSOL). Neste modelo, objetiva-se envolver ao máximo o sujeito, para que possa identificar sonhos realistas que aspira serem alcançados e estabelecerem-se os passos a dar para a concretização desses desejos. Um exemplo deste modelo é o resumo da formação (com objetivos reflexivos neste sentido) à qual a estagiária pôde assistir encontra-se em anexo (ver anexo II).

2. Calendarização e Horário das Atividades de Estágio

O estágio teve início em outubro de 2016 (primeiro contacto com a instituição a 4 de outubro e início do estágio propriamente dito a 10 de outubro) e finalizou a 20 de junho de 2017, tendo uma duração aproximada de oito meses. Durante este período, o C.E.C.D. esteve encerrado em nove dias (separados entre si) devido aos feriados nacionais e às épocas festivas. Para além destas datas, a estagiária não esteve presente no estágio num total de nove dias (seis por pedido de dispensa, dois por motivos de saúde e um devido à participação na Comissão das I Jornadas Científicas da Psicomotricidade). Assim, a estagiária contactou com a instituição (ou com atividades relacionadas com a mesma no exterior do Centro) num total de 167 dias durante, aproximadamente, 746 horas (o tempo de almoço, de cerca de 1h30m, não foi contabilizado, mesmo quando foi utilizado para efetuar registos ou outro tipo de trabalhos relacionados com o estágio).

Apesar de serem realizadas semanalmente outro tipo de atividades por parte da estagiária, o foco principal da sua intervenção incidiu sobre os clientes dos grupos C1/C2 e Grupo Misto, bem como sobre o estudo de caso (com intervenção em contexto de sala/ginásio e Equitação Terapêutica). Para além desta dinâmica, a estagiária teve a oportunidade de:

- Dinamizar e apoiar as orientadoras locais em sessões de Natação Adaptada;
- Planear e dinamizar conjuntamente com os estagiários de licenciatura sessões de AMA;
- Intervir e dar apoio a sessões realizadas em contexto de ginásio e caminhadas com clientes da unidade funcional A;
- Acompanhar grupo de Karaté, dando apoio durante as aulas aos presentes;
- De forma mais esporádica, dinamizar sessões com clientes da unidade funcional B (e.g. Equitação Terapêutica, ginásio e contexto de mesa).

A frequência do estágio teve um carácter semanal, de segunda-feira a sexta-feira, com o horário que se apresenta de seguida. De salientar que este não foi sempre rígido, devido

à existência de outro tipo de atividades a nível institucional, nas quais a estagiária foi participando, ou pela impossibilidade de serem realizadas as sessões previstas. As atividades complementares realizadas são descritas posteriormente, neste relatório.

Tabela 1 – Horário da estagiária no CAO do C.E.C.D. Mira-Sintra

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Entre as 9h00m e 10h30m	<u>C1/C2</u> (Intervenção com plano de sessão)	<u>Unidade A</u> Caminhadas	<u>Natação</u> (Intervenção com plano de sessão ou apoio a sessão)	<u>Equitação Terapêutica</u> (Intervenção com estudo de caso)	<u>C1/C2</u> (Intervenção com plano de sessão)
Entre as 11h00m e as 12h30m	<u>C1/C2</u> (Intervenção com plano de sessão)	<u>Unidade A</u> Ginásio ou <u>Karaté</u>			<u>C1/C2</u> (Intervenção com plano de sessão)
Pausa para Almoço					
Entre as 14h00m e as 15h00m		<u>Grupo Misto</u> (Intervenção com plano de sessão)	<u>Estudo de Caso</u> (intervenção com plano de sessão)	<u>AMA 1</u> (Intervenção com plano de sessão)	
Entre as 15h00m e as 16h30m		<u>C1/C2</u> (Intervenção com plano de sessão)		<u>AMA 2</u> (intervenção com plano de sessão)	

3. Organização e Funcionamento do Estágio

No primeiro dia de contacto com o local de estágio (4 de outubro), realizou-se uma reunião, onde estiveram presentes o Professor Doutor Pedro Morato, as orientadoras locais (Dra. Inês Baião e Dra. Susana Cunha), os estagiários de licenciatura (Jorge Mendes e Sara Roldão) e a mestrand. Nesta, falaram-se sobre as principais expectativas, deveres e, portanto, o percurso que se pretendia que fosse realizado pela estagiária, bem como alguns aspetos inerentes ao funcionamento do C.E.C.D. e deram-se a conhecer vários espaços físicos do Centro. Também se estabeleceu a data para o começo oficial do estágio. A partir desse momento, começou um processo que pode ser diferenciado em

quatro fases principais. Na tabela que se segue apresentam-se, de forma aproximada, as datas (meses) em que decorreram essas fases:

Tabela 2 – Fases de funcionamento do Estágio

		2016			2017					
Fase		10	11	12	1	2	3	4	5	6
1 – Observação										
2 - Avaliações Iniciais										
3 - Intervenção (supervisionada e autónoma)	Dinamização de atividades pontuais									
	Aplicação de planeamentos									
4 - Avaliações Finais										

3.1. Fase de Observação

No princípio do estágio, a mestranda passou por uma fase de observação, que decorreu até, aproximadamente, 9 de dezembro. Esta etapa foi crucial para o seguimento do estágio, ao permitir uma integração gradual da estagiária na instituição e a familiarização com as dinâmicas e metodologias existentes no C.E.C.D. e com os vários colaboradores e técnicos do CAO. Concomitantemente, o estabelecimento de uma relação empática e também terapêutica com diversos clientes deu os seus primeiros passos. Nesse sentido, foi dado a conhecer o funcionamento geral das várias salas do CAO à estagiária, sendo que a mesma teve oportunidade de observar mais de perto o funcionamento das salas C2 e B2, nas quais pôde interagir durante algum tempo com os clientes, enquanto os mesmos iam realizando as suas atividades.

Nesta fase, a estagiária passou a observar, de forma participada, as várias sessões realizadas pelas orientadoras locais. O facto da presença da mestranda nas sessões não ter sido passiva facultou a possibilidade da mesma passar a ter um papel ativo junto dos clientes. Em resultado disso, começou, de forma gradual, a tornar-se numa figura de referência nos grupos e foi sentindo-se mais desinibida para a futura intervenção que viria a desenrolar. Também, o olhar inexperiente face às ações, atitudes e comportamentos dos

clientes deu lugar, aos poucos, a um olhar mais crítico e reflexivo, o que, com o apoio regular das orientadoras locais, ajudou a conhecer algumas das características específicas e mais predominantes das pessoas pertencentes aos grupos.

Para além do já mencionado, a observação participada permitiu o experienciar das atividades realizadas pelos clientes, o que facilitou a reflexão sobre as dificuldades sentidas pelos mesmos. De facto, como as orientadoras mencionaram, é importante vivenciar as atividades pensadas para que, no momento da sua aplicação, exista uma maior flexibilidade na compreensão das dificuldades e na aquisição de estratégias facilitadoras e promotoras do sucesso da pessoa. Importa igualmente frisar a observação das dinâmicas estabelecidas pelas orientadoras locais nas suas intervenções e os comentários e conselhos que foram dando. O seu exemplo e experiência permitiram tomar consciência de estratégias adequadas e que mais facilmente permitem melhores resultados na interação com as pessoas apoiadas.

Nesta fase, também houve oportunidade de presenciar sessões de outras áreas:

- Observação de sessão de autorrepresentação, dirigida por uma Terapeuta Ocupacional, visando a apresentação de um novo panfleto sobre o C.E.C.D. a alguns clientes da unidade funcional C, pedindo-lhes opinião sobre o mesmo;
- Observação participada em sessão dinamizada por uma Terapeuta Ocupacional, com clientes das salas A1/A2, visando a preparação de uma salada de frutas;
- Observação participada de sessão de musicoterapia a clientes da unidade funcional A (com Terapeuta Ocupacional).

Gradualmente, a estagiária começou a dar apoio nas sessões e em algumas tarefas simples (e.g. medição da tensão arterial ou peso de alguns clientes, quando necessário). A partir de novembro, foi proposta pelas orientadoras a dinamização, por parte da mestranda, de algumas atividades nas sessões de Terapia Psicomotora, AMA e Equitação Terapêutica.

Tanto nesta fase como nas seguintes, foram efetuados registos diários, com a descrição dos acontecimentos de cada dia, atividades realizadas e aspetos observados nas sessões, como a forma de concretização, participação e comportamento dos clientes e o modo como as orientadoras lidavam com cada pessoa. Foi, também, por esta altura que o horário semanal da estagiária, já apresentado, ficou definido, assim como os grupos e estudo de caso de referência, a nível interventivo. A seleção do último, realizada de entre

um conjunto de possibilidades, baseou-se na importância que uma intervenção individual poderia vir a ter para esta pessoa e, adicionalmente, pela possibilidade de intervir com a mesma em contextos diferentes (sessões de grupo, individuais e Equitação Terapêutica). De acordo com estas escolhas, a estagiária acedeu aos processos e aos PIC's relacionados. Também consultou os dossiers dos grupos, de AMA, Equitação Terapêutica e Natação Adaptada, visando tomar conhecimento de aspetos relevantes sobre os clientes. Neste seguimento, estabeleceram-se diálogos com as orientadoras, que ajudaram na preparação do que seria necessário para o início da fase seguinte.

3.2. Fase de Avaliações Iniciais

A aplicação das avaliações iniciais aos grupos de referência e estudo de caso decorreu de 9 de dezembro a 5 de janeiro de 2017, sendo que a 11 e a 19 de janeiro o protocolo ainda foi aplicado a duas clientes, sobre as quais não tinha sido possível fazê-lo anteriormente. A descrição mais detalhada deste processo é explicitada ulteriormente neste relatório.

De referir que, durante este período de tempo, a mestranda teve oportunidade de apoiar as avaliações realizadas pelas orientadoras locais, associadas à aplicação de itens das Baterias de Fullerton (e.g. flexibilidade dos membros inferiores e superiores, prova dos seis minutos) e medições de composição corporal (eg. balança de bioimpedância, perímetro da cintura).

3.3. Fase de Intervenção Supervisionada e Autónoma

Esta fase envolveu um processo gradual, sendo que a partir de 2 de novembro foi dada a possibilidade, como já referido, da mestranda dirigir alguns momentos inerentes às sessões. Em conjunto com os estagiários de licenciatura, passou a dinamizar as fases de ativação geral e de retorno à calma, bem como algumas atividades nas sessões de AMA e o mesmo sucedeu-se com os grupos C1/C2 e Grupo Misto. Ademais, foi dado o desafio de dinamizar uma sessão com clientes da unidade funcional B e, de forma improvisada, sessões de Equitação Terapêutica e uma sessão do grupo C1/C2.

Após a etapa avaliativa, a estagiária analisou a informação obtida e delineou um plano terapêutico, estabelecendo os objetivos a ter em atenção com os seus grupos de intervenção. Posteriormente, iniciou a elaboração de planos de sessão para os grupos C1/C2 e Grupo Misto, para as sessões em contexto de sala/ginásio e Equitação Terapêutica para o estudo de caso, para sessões de Natação Adaptada e, simultaneamente, deu apoio aos estagiários de licenciatura no planeamento de sessões

de AMA (os mesmos ficaram os principais responsáveis dos planeamentos, dando a mestranda apoio suplementar). Apesar de anteriormente já terem sido elaborados planeamentos, foi a partir de 4 de janeiro que este processo passou a ter um carácter regular, terminando a elaboração de planos a meio do mês de maio.

Nos vários contextos, a intervenção inicial foi mais supervisionada e, gradualmente, foi dada uma maior autonomia à estagiária, tendo as orientadoras um papel preponderante de mediadoras no processo de transição da figura de referência das sessões. O voto de confiança das orientadoras para o ganho da autonomia, passando a dirigir sessões de forma mais independente (sem presença das mesmas em sessão, mas com pré-análise dos planeamentos) foi sentido como crucial para o crescimento profissional e pessoal, de forma protegida. Com isso, expandiram-se aprendizagens no que concerne à forma de lidar com atitudes e comportamentos dos clientes, assim como imprevistos desafiantes, sem a presença de um apoio no imediato. Com o apoio regular das orientadoras, visando a partilha de informações e de conselhos, a mestranda pôde refletir sobre os seus pontos fortes e aspetos a melhorar, tanto a nível de estratégias a utilizar, como com relação a características pessoais intrínsecas.

A descrição mais detalhada das intervenções é feita posteriormente mas, no total, a estagiária pôde intervir (com dinamização, ou seja, nos grupos C1/C2, Grupo Misto, Natação Adaptada, Equitação Terapêutica, AMA e unidade funcional A) de forma mais regular com, aproximadamente, 68 clientes, com idades compreendidas entre os 18 e 51 anos. No entanto, de forma mais esporádica, pôde intervir com mais pessoas, inclusive com alguns elementos do Pendão. Apesar do contacto com algumas das pessoas ter sido mais disperso, mesmo dentro dos grupos, por nem sempre todos estarem presentes, a maioria foi de carácter semanal e alguns casos mais do que uma vez por semana. A tabela seguinte apresenta o número total de intervenções realizadas, com e sem planeamento, nos vários contextos:

Tabela 3 – Total de Intervenções Realizadas

	C1/C2 Misto	EC	AMA	ET	TMA	UF A (C)	UF A (G)	Karaté	Outras
Clientes com quem houve contacto interventivo	32	1	22	4	13+8 (Pendão)	12	14	11	82

Tabela 3 – Total de Intervenções Realizadas (continuação)

Planeamentos elaborados	30	18	11	8	8				
Sessões com aplicação dos planeamentos	80	18	22	8	8				
Sessões com observação participada, intervenção improvisada, com apoios ou dinamização de algumas partes	20		22	33	9	22	16	9	23
Nº total de sessões com algum tipo de participação	100	18	44	41	17	22	16	9	23
Nº total de idas ao exterior				21	22	22		9	

Legenda: EC – Estudo de caso; AMA – Atividade Motora Adaptada; ET – Equitação Terapêutica; TMA – Terapia em Meio Aquático; UF A (C) – Caminhadas com Unidade Funcional A; UF A (G) – Ginásio com Unidade Funcional A

3.4. Fase de Avaliações Finais

Após o período interventivo deu-se início à avaliação final dos clientes dos grupos C1/C2, Grupo Misto e estudo de caso, entre os dias 15 de maio e 20 de junho. O tempo de duração, tanto das avaliações finais como das iniciais, foi maior, pelo facto da estagiária continuar a fazer outro tipo de atividades no estágio, em paralelo, ou nem sempre os clientes estarem disponíveis para a avaliação. Foi utilizado o mesmo protocolo e tentaram-se manter as condições de aplicação. Também, assim como na avaliação inicial, foi possível dar algum apoio nas avaliações efetuadas pelas orientadoras.

4. Terapia Psicomotora em Grupo

4.1. Unidade Funcional A

Às terças-feiras de manhã, houve a possibilidade de acompanhar vários clientes da unidade funcional A (predominantemente, das salas A3 e A4) em dois ambientes distintos: na realização de caminhadas na comunidade e intervenção em contexto de ginásio. O grupo que pôde beneficiar destas intervenções é constituído por 12 elementos, entre os 19

e 51 anos, sendo cinco do género feminino e sete do género masculino. No entanto, por vezes, outros também puderam beneficiar destes momentos, de uma forma mais pontual.

Apesar de não ter sido feita avaliação por parte da mestrandia neste contexto, por este não ser o grupo de referência para tal, a mesma tomou conhecimento das características dos vários clientes (algumas gerais a todo o grupo e outras mais específicas), bem como dos objetivos principais a serem trabalhados. De acordo com as informações transmitidas e observações realizadas, neste grupo, verifica-se uma maior dependência das pessoas nas suas atividades de vida diárias. Têm pouco conhecimento da sua imagem corporal, apresentando dificuldades no controlo e alinhamento postural, o que também se correlaciona com a sua condição física, afetada em grande parte dos casos (e.g. PC, escoliose da coluna). Apresentam estados tónicos alterados e, portanto, dificuldades nos vários fatores psicomotores. Alguns elementos do grupo não utilizam o olhar de forma adequada, tanto na coordenação de movimentos como na interação com o outro e podem apresentar comportamentos de recusa face a instruções, ou pedidos. A linguagem também é um aspeto a ser mencionado, sendo que alguns não falam e outros elementos dizem palavras simples ou fazem vocalizações. Associadas a estas dificuldades, neste grupo existem outros comprometimentos de saúde, como problemas visuais e auditivos. Têm, também, um menor nível de resistência física.

Em intervenção, no geral, necessitam de um maior tempo para as respostas e de auxílio para controlar as mesmas, ou seja, de ajuda para direcionar a sua ação. De facto, o realizar de ações com intencionalidade é um dos objetivos primordiais a trabalhar com este grupo. Para além disso, face às dificuldades apresentadas, as metas terapêuticas centram-se com a manutenção e melhoria de capacidades psicomotoras, assim como a promoção de situações de bem-estar e de experiências motoras e sensoriais, que possam ser indutoras de relaxamento e de reorganização dos estados tónicos. Conjuntamente, objetiva-se o incentivar das relações com os outros colegas do grupo e o contacto com a comunidade (este último aspeto através das caminhadas). Estes objetivos correlacionam-se àqueles descritos pelo C.E.C.D. para esta unidade funcional (C.E.C.D., 2017e).

4.1.1. Caminhadas

No total, a estagiária pôde participar em 22 caminhadas, sendo a primeira no dia 11 de outubro e a última no dia 13 de junho. Objetiva-se que os vários elementos deste grupo possam participar mas, quando isso não é possível, são priorizados aqueles que não vão de forma tão regular às sessões realizadas no ginásio.

É perspectivado que se realizem duas caminhadas na manhã respetiva: uma primeira com as pessoas que caminham mais rápido (cerca de 20 minutos) e uma segunda com aqueles que têm mais dificuldades (entre 10 a 15 minutos). Por vezes, devido ao estado temporal adverso, as caminhadas foram substituídas por uma sessão em contexto de ginásio. Também, por não ser possível os estagiários realizarem as caminhadas sem supervisão e face à impossibilidade de serem acompanhados em alguns momentos, nem sempre foi exequível efetuá-las. Para além disso, outro tipo de atividades do Centro em que a estagiária participou foram coincidentes.

Durante a caminhada, a estagiária pôde dar apoio físico e verbal a vários dos seus participantes, sendo este mais esporádico ou permanente de acordo com a pessoa que acompanhava. O apoio físico associou-se, por exemplo, ao permitir que a pessoa segurasse no braço, neste caso, da estagiária, para que mantivesse o seu equilíbrio, prevenindo-se quedas. Assim, cada técnico, monitor ou estagiário (em cada percurso) ficou responsável por um ou dois dos participantes, dando um apoio mais individualizado. Maioritariamente, o percurso realizado decorreu no parque urbano de Mira Sintra, à frente do Centro, sendo a distância do mesmo adaptada, de acordo com a resistência e velocidade da passada dos participantes (com o grupo mais rápido, a distância percorrida foi sempre maior).

4.1.2. Ginásio

No caso do ginásio, a estagiária pôde intervir num total de 16 sessões, sendo a primeira no dia 25 de outubro e a última no dia 30 de maio. Existem seis clientes cuja ida ao ginásio é mais fixa, mas outros também podem beneficiar desta terapêutica. Assim, a estagiária esteve, neste contexto, de forma mais pontual ou regular, em contacto com 14 clientes diferentes. Importa referir que esta intervenção decorreu em simultâneo com a ida ao exterior para as aulas de *Karaté*, sendo que os estagiários alternaram-se entre si ao longo das semanas para que pudessem apoiar ambos os contextos.

A principal técnica responsável pela dinamização destas sessões é a Dra. Sofia Faro. No entanto, em algumas semanas e quando as caminhadas eram substituídas pelas sessões no ginásio, as TSEER também se encontraram presentes. As sessões tiveram a duração aproximada de 45 minutos com, geralmente, três momentos principais. Num primeiro momento, os clientes realizavam, com o apoio individualizado (físico ou apenas verbal, dependendo dos casos), um circuito psicomotor com quatro estações distintas, construído antes da sessão, normalmente pelos estagiários (ver anexo IV). Cada

participante podia percorrer o circuito mais do que uma vez, ficando este aspeto dependente da pessoa que o estava a realizar (alguns participantes conseguem fazer mais vezes do que outros). Já num segundo momento procedia-se à arrumação dos materiais por parte dos presentes, sendo que se promovia a intencionalidade deste processo: era indicado a cada pessoa que material teria de arrumar, pois existe alguma tendência para que arrecadem aqueles que não lhes são indicados. Por fim, num terceiro momento foram seguidos dois caminhos: realização de algumas atividades, sendo exemplo associação de cores ou passes e lançamentos com bola ou, então, a promoção de um momento para relaxamento, com utilização de paraquedas ou ficando cada técnico/estagiário responsável por fazer massagens com bola a um ou dois clientes, deitados no colchão ou sentados, com a utilização de uma música ambiente calma. Tanto no início como no fim das sessões, a estagiária também deu apoio a, respetivamente, buscar e levar os participantes às suas salas.

4.1.3. Reflexão Pessoal Sobre a Experiência com Este Grupo

Apesar da impossibilidade de uma intervenção regular com este grupo pelos aspetos já mencionados, a experiência de ter tido contacto com o mesmo permite a reflexão sobre a necessidade de adaptar estratégias interventivas, consoante cada caso e as características mais específicas do sujeito (Llauradó, 2008; Valente et al., 2012). De facto, com este grupo, ao longo das sessões foi possível compreender que instruções simples e diretas (face à ação pretendida), com base em frases curtas levaram mais facilmente a uma concretização e compreensão adequada das tarefas. Acompanhar essas instruções com expressões corporais (e.g. apontar com o dedo) ou usando o toque também se tornaram estratégias facilitadoras para alguns. Igualmente, um cuidado especial que tive foi a não infantilização deste grupo (Ojeda, 2005), sentindo que, quanto maior é a dependência do sujeito, mais fácil parece cair nesse erro.

Como já mencionado, este grupo tem dificuldades a nível da expressão linguística, o que torna a análise do comportamento como forma de expressão ainda mais importante (Gentile et al., 2015). No entanto, devido ao menor conhecimento e contacto que tive com estes clientes, nem sempre foi fácil compreender o que os mesmos estavam a transmitir através das vocalizações e dos gestos. Contudo, ao longo do tempo e com a ajuda da orientação local, a associação entre estas expressões e o que cada pessoa queria transmitir começou a ser mais automatizada, o que beneficiou a interação terapêutica com vários elementos do grupo.

Numa fase inicial, também não percebi a razão para o circuito realizado ser sempre idêntico e achava que deveria haver uma maior variabilidade de atividades. Com o desenrolar das sessões, entendi, no entanto, que esta estratégia proporciona um maior sentimento de segurança aos participantes, ao trazer previsibilidade. Ademais, tanto neste circuito como nas atividades posteriores, o feedback positivo foi utilizado e os apoios verbal e físico essenciais, tentando-se adaptar os mesmos face à real necessidade de cada pessoa. Nesse sentido, alguns elementos do grupo, numa fase inicial, acabaram por ter mais apoio da minha parte do que aquele que realmente necessitavam pois, face a uma nova figura de referência, surgiu alguma tendência por parte dos mesmos para diminuir o seu desempenho. Esta foi, aliás, uma realidade transversal aos vários grupos com quem intervim.

Com vários elementos deste grupo foi também facilmente perceptível a importância de dar um maior tempo de resposta. Um exemplo disso é o caso do VA, um cliente com diagnóstico de DID em comorbidade com PEA que, depois de dadas as instruções, precisa regularmente de alguns segundos e que lhe seja dado mais espaço físico, para dar início ao percurso. Para além disso, se neste grupo alguns participantes facilmente aderem às atividades e estão mais disponíveis, existem outros casos (e.g. LM) mais desafiantes. Nesses, o objetivo principal é conseguir que realizem o circuito ou as tarefas (ou, pelo menos, uma parte) com intencionalidade, controlando o impulso de o fazer de modo aleatório, algo que nem sempre foi fácil de conseguir, pela recusa de alguns em participar nas tarefas.

Em suma, a intervenção com este grupo em ambos os contextos é de grande importância, pois estes são promotores da sua saída da sala para a realização de atividades diferentes. Também, mesmo que os resultados inerentes à terapia sejam pouco visíveis num curto espaço de tempo, a longo prazo notam-se diferenças, sejam elas associadas a pequenas evoluções ou à manutenção de capacidades.

4.2. Grupo de Natação Adaptada

Entre os meses de outubro e junho, alguns clientes do CAO participam em sessões em meio aquático, estando inscritas para tal 14 pessoas do polo de Mira Sintra, pertencentes a grupos das unidades funcionais B e C e com idades entre os 19 e 51 anos. Destas, entretanto, uma pessoa saiu do CAO e outro cliente não compareceu às sessões. Assim, neste contexto, foi possível interagir com 13 pessoas e, adicionalmente, com mais oito clientes do polo do Pendão, pela concretização de algumas sessões conjuntas com estes.

Este é um grupo com alguma heterogeneidade, tanto a nível motor como cognitivo. Alguns participantes têm estilos de nado mais avançados, apesar de básicos, sendo também mais rápidos na sua deslocação na água. Outros apresentam uma maior descoordenação motora e são mais lentos nas suas deslocações. Com características diferentes, existem dificuldades no ajuste da entrada dos membros superiores na água e no controlo respiratório em simultâneo com o nadar. No geral, no entanto, conseguem deslocar-se de forma autónoma na piscina, mesmo que necessitem de mais apoio ou tempo e, excetuando um dos elementos do grupo, mostram motivação para as sessões. Comparativamente, o grupo do Pendão tem menor autonomia, necessitando de um maior apoio e acompanhamento, havendo igualmente mais necessidade de se ter cuidado com a zona sem pé da piscina.

No total, a estagiária acompanhou 22 vezes a ida às piscinas de Monte Abraão. Destas, realizou cinco vezes observação a partir do exterior da piscina (maioritariamente por motivos de doença, que dificultaram a sua entrada na água). Também, pôde dar apoio durante as sessões em nove das semanas e efetuou a aplicação de oito planeamentos, tanto a um subgrupo composto por três a quatro elementos do grupo de Mira Sintra, com maiores dificuldades de ambientação ao meio aquático, assim como a alguns clientes do grupo do Pendão. As sessões tiveram, aproximadamente, a duração de 45 minutos, tempo ao qual se acrescem os momentos antes e após a sessão (envolvendo o tomar duche e trocar de roupa).

Neste meio terapêutico, entre os vários objetivos, pretende-se manter ou promover:

- Resistência cardiorrespiratória e capacidades inerentes ao controlo respiratório (e.g. sustentar a respiração debaixo de água, expirar com a face imersa, tentar associar a respiração aos movimentos natatórios);
- Coordenação motora global e o desenvolvimento das técnicas natatórias de forma básica, com a realização de movimentos de propulsão com os membros inferiores e superiores;
- Equilíbrio, vertical e horizontal (eg. mergulhar e deslizar em decúbito ventral);
- Controlo postural;
- Interação entre os colegas;
- Momentos de carácter lúdico, proporcionadores de bem-estar;

- De forma mais secundária, mas não menos importante, trabalhar componentes inerentes às atividades de vida diárias, nomeadamente o vestir/despir e cuidados de higiene.

Com respeito à organização das sessões observadas e apoiadas, as mesmas dividiram-se em três fases principais:

- **Ativação Inicial** – Exercícios iniciais de ambientação à água, envolvendo a deslocação vertical de frente, lado e de costas, com movimentação dos membros superiores e imersão com deslocação na água (e.g. golfinhos);
- **Corpo da Sessão** – As orientadoras propunham diferentes tipos de exercícios, correlacionados com técnicas de nado (deslocações em posição ventral ou dorsal, com ou sem apoio de objetos flutuadores, podendo envolver a utilização simultânea dos membros inferiores e superiores ou apenas dos membros inferiores e também cuidados a nível do controlo respiratório);
- **Momentos Finais** – Desenvolvimento de atividades de carácter mais lúdico, podendo envolver, entre outras, jogos com bola, estafetas, mergulhar por baixo dos colegas ou deslocações em cima dos colchões. Igualmente podiam ser dados momentos livres, para que os clientes pudessem estar mais à vontade.

Nestas sessões, a estagiária pôde dar apoio verbal (feedbacks positivos e corretivos) e físico (com manipulação dos membros, correção de postura ou apoio para flutuação) a quem mais necessitasse ficando, por norma, responsável por apoiar os participantes de uma das pistas (na sessão, podiam ser utilizadas entre duas a três pistas). As sessões de observação a partir do exterior também foram importantes, por forma a observar a dinâmica existente entre orientadoras e entre TSEER e clientes, assim como o desempenho dos mesmos, tendo desta forma uma visão mais global de todos.

Nas sessões planeadas e dinamizadas pela estagiária, tentou-se seguir a mesma dinâmica e organização de sessão, apesar de existir uma maior incidência sobre a adaptação ao meio aquático em si e a momentos de relaxação. Este foco surgiu pelas características dos clientes apoiados pela estagiária, sendo de evidenciar a maior dificuldade de movimentação no meio aquático, com apresentação de insegurança, menor capacidade de propulsão e de correta utilização dos membros para a deslocação, assim como a existência de estados tónicos alterados (hipertonia) e alterações no controlo e capacidade cardiorrespiratórias. Algumas vezes, as sessões foram realizadas no tanque, cuja temperatura da água é superior e a profundidade menor, o que criou um maior

sentimento de segurança. Assim, face às características do subgrupo, estabeleceram-se os objetivos principais descritos na seguinte tabela:

Tabela 4 – Objetivos gerais e específicos da Terapia em Meio Aquático

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a motricidade global	Estimular o controlo e equilíbrio posturais em deslocações horizontais na piscina, à tona da água e em imersão
	Promover a deslocação em posição dorsal e ventral, usando os membros inferiores e superiores isoladamente, ou em conjunto, de forma ritmada
	Promover a aquisição básica de técnicas e movimentos corporais associados ao nado de <i>crawl</i> e costas
Promover uma maior confiança e relacionamento com o meio aquático	Estimular a diminuição progressiva da quantidade de utilização de materiais flutuadores
	Promover mudanças de posição horizontais e verticais realizadas sem descontrolo motor advindo do receio de não ter estabilidade (por não estar em contacto com o fundo da piscina)
	Promover a deslocação para a zona sem pé da piscina, com apoio
Promover a resistência cardiorrespiratória	Estimular a utilização da respiração de forma ritmada, durante os movimentos natatórios
	Promover a imersão total na água durante alguns segundos
	Incentivar ao aumento do tempo de resistência cardiorrespiratória disponível para as atividades
Promover o relaxamento corporal	Estimular a diminuição de estados corporais hipertónicos, com e sem manipulação dos membros corporais
Promover a interação social	Estimular o espírito de entreajuda e cooperação entre o subgrupo
	Incentivar à comunicação verbal e não-verbal entre os elementos do subgrupo

Estes objetivos foram implementados ao longo das sessões, com uma dinâmica idêntica à das orientadoras:

- **Ativação Inicial** – Fase de ambientação à água, com deslocações verticais e realização de exercícios associados ao controlo respiratório e imersão na água (eg. golfinhos, em roda soprar na água, sentar no fundo da piscina, molhar o rosto e levantá-lo da água);
- **Corpo da Sessão** – Realização de atividades visando a deslocação no meio aquático, com utilização básica das técnicas natatórias e envolvendo jogos (eg. estafetas);
- **Momentos Finais, com retorno à calma** – Realização de exercícios visando o relaxar dos estados tónicos, com mobilização dos segmentos corporais dos presentes, ou disponibilização de momentos livres.

O exemplo de um planeamento de sessão encontra-se em anexo (ver anexo V). Durante as sessões dinamizadas, a estagiária esteve sempre dentro da piscina com o subgrupo, tentando dar o máximo possível de apoio individualizado, tanto verbal como físico. Teve, igualmente, cuidado em fazer demonstrações físicas do pretendido, participar de forma conjunta em algumas atividades, fazer questionamentos depois da explicação das tarefas, disponibilizar a utilização de materiais auxiliares para flutuação e, sempre que possível, incentivar à interação e entreajuda no grupo. Com a dinamização de sessões com clientes do polo do Pendão, tentaram-se utilizar as mesmas estratégias, tomando o cuidado já mencionado relativo à zona sem pé da piscina, pela menor segurança dos clientes e, também, pela estagiária não os conhecer tão bem. No entanto, nestes casos, a mestrandia teve sempre o apoio de um monitor do polo do Pendão.

Não tendo sido realizada uma avaliação final com os elementos deste subgrupo, a concretização dos objetivos é analisada de uma forma mais qualitativa e com base nas observações realizadas durante as sessões. No geral, tanto os clientes do subgrupo como os restantes elementos do grupo mantiveram o seu desempenho, desde a fase inicial de observação. No caso do subgrupo, não existiram evoluções significativas no controlo respiratório e continuam a existir dificuldades na coordenação entre o mesmo e o movimento dos membros inferiores e/ou superiores. A nível da coordenação motora, conseguiram deslocar-se de forma autónoma pela piscina, mesmo que tivessem de utilizar elementos flutuadores, mas com ritmos e resistências diferentes entre os elementos do subgrupo. É de salientar positivamente a interação e entreajuda que foi surgindo ao longo

das sessões, especialmente para com a cliente que tem um maior comprometimento cognitivo, à qual os outros dois participantes mostravam um carinho especial. Neste subgrupo, importa também referir a existência de uma evolução significativa com um dos elementos, o JR. Este cliente, de 26 anos, do género masculino e pertencente ao grupo de jardinagem do C.E.C.D., é das pessoas que se encontra há menos tempo nesta terapêutica e, como tal, tem menos confiança na água. Os apoios dados semanalmente permitiram que o mesmo passasse a ter maior autoconfiança e deslocações progressivamente mais longas, ganhando a força de, inclusive, dirigir-se para a zona da piscina sem pé, algo que numa fase inicial não ocorria com tanta frequência. Apesar disso, os estados tónicos continuaram praticamente inalterados, com uma elevada hipertonidade que, mesmo com apoio (colocação da sua cabeça no ombro da estagiária, apoios na zona lombar ou uso de materiais flutuadores) não se modificou.

4.2.1. Reflexão Pessoal Sobre a Experiência com Este Grupo

Este foi, provavelmente, o contexto terapêutico que gerou maior surpresa em mim. Já tive a experiência de praticar natação e de intervir neste meio com crianças, pelo que esperava ter facilidade em me adaptar ao contexto. No entanto, numa fase inicial, senti dificuldades em saber de que forma deveria dar os apoios mais adequados (eg. colocação dos braços ou das mãos) ou em fazer uma análise crítica das posturas corporais dos clientes. Assim, houve a necessidade de trabalhar e relembrar as vivências já tidas anteriormente, disponibilizadas na Licenciatura em Reabilitação Psicomotora, as quais já se haviam desvanecido ao longo do tempo. Também, a experiência tida com as crianças foi comparativamente distinta, visto que a terapêutica incidiu sobre uma componente mais cognitiva e de trabalho de diversos conceitos. Dessa forma, o apoio e conselhos das orientadoras locais foram de bastante importância. Por conseguinte, ao longo da experiência, senti que os apoios foram-se tornando mais fáceis, ficando mais automatizada a forma de os disponibilizar a certas pessoas. Estes apenas continuaram a ser mais difíceis de aplicar na zona da piscina sem pé, pois esse fator cria uma maior instabilidade motora em mim. Para além disso, devido ao meio da piscina ser mais ruidoso, ter elementos distráteis e um maior espaço físico de atuação (com os presentes mais espalhados entre si), a atenção dividida necessária por forma a dar apoio a todos os clientes tornou-se mais difícil e a aplicação da voz num tom adequado também teve de ser um aspeto a ser cuidado.

Apesar de não descrito nos objetivos principais, tentaram-se associar aspetos mais lúdicos e de trabalho cognitivo nos planeamentos. No entanto, o trabalhar de conceitos

cognitivos ficou dificultado, pelas características diferentes dos elementos do grupo (um dos elementos, a FM, da unidade funcional B, tem comprometimento cognitivo maior). Como tal, houve a necessidade de criar tarefas que permitissem ter componentes mais simples, para a pessoa com maiores dificuldades (e.g. contar objetos) e para os outros dois participantes (e.g. fazerem contas de somar ou subtrair), o que nem sempre foi fácil. Também foi possível verificar que a temperatura da água pode ter alguma influência sobre o desempenho (Lewandowski, 2014) e, como tal, deve ser um aspeto a ter em consideração. Como exemplo pode-se referir o caso já mencionado do JR que, em parte, devido ao seu baixo índice de massa corporal, tem bastante frio na água e uma temperatura mais elevada torna-se num contributo para a promoção de estados menos hipertónicos.

Em suma, compreendo a importância do que é descrito por alguns autores, de promover uma maior autonomia no meio aquático, sem a aprendizagem das técnicas natatórias em si ser a prioridade (Freitas e Silva, 2010). Apesar destas poderem e deverem ser estimuladas (até porque este aspeto facilita a participação dos clientes em eventos de intercentros associados à Natação Adaptada) (Bôscolo et al., 2011; Pearn e Franklin, 2013), o objetivo principal, como Psicomotricista, deve ser o de proporcionar momentos que sejam terapêuticos e que possam promover aspetos relevantes para a QV e funcionalidade do sujeito (Frank et al., 2013) e que, ao mesmo tempo, sejam proporcionadores de prazer e de bem-estar.

4.3. Grupo de Atividade Motora Adaptada

Às quintas-feiras à tarde, houve possibilidade de intervir, conjuntamente com os estagiários de licenciatura, com dois grupos de AMA. O primeiro é constituído por 11 elementos, entre os 19 e 51 anos, das unidades funcionais B e C e o segundo por 11 pessoas do grupo de jardinagem, entre os 23 e 47 anos. Neste contexto terapêutico, não foi acordada a aplicação do protocolo de avaliação, mas a estagiária deu apoio às avaliações efetuadas pelas TSEER (Baterias de Fullerton e composição corporal).

Estes são dois grupos heterogéneos entre si. O primeiro necessita de uma maior direção e de mais apoio durante as sessões, o que deriva de ser um grupo que, no geral, apresenta maiores comprometimentos motores e cognitivos. Pelo contrário, o segundo grupo é mais autónomo e com um maior nível de aquisição de regras inerentes às modalidades desportivas e atividades realizadas. No entanto, ambos os grupos apresentam dificuldades em diversos parâmetros das funções executivas, principalmente no âmbito da resolução de problemas e de aplicação de estratégias inerentes ao jogo (e.g.

processo de marcação/desmarcação) e, também, no trabalho de equipa (e.g. passar a bola entre os colegas de forma estratégica para marcar pontos). Comparativamente, o grupo da jardinagem é mais competitivo, levando mais a sério a ocorrência do perder ou do ganhar, mas ambos os grupos mostram motivação para as sessões, mesmo os participantes que apresentam maiores dificuldades. Nas sessões de AMA do CAO do C.E.C.D., entre os vários objetivos, pretende-se manter ou promover:

- Atividade física, incentivando à aquisição de um estilo de vida mais saudável e ativo;
- Capacidades físicas variadas, como a velocidade, flexibilidade, força e a resistência cardiorrespiratória;
- Melhoria de habilidades inerentes aos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global) e de funções executivas, como a capacidade de resolução de problemas, atenção e memória;
- Estabelecimento de interações com os pares, cooperação, entreaajuda e trabalho de equipa;
- Aquisição de conhecimento sobre regras de várias modalidades desportivas e cumprimento e aplicação das mesmas durante a respetiva prática da modalidade;
- Estados emocionais relacionados com a autoconfiança, sentimentos de competência e de capacidade de concretização;
- Momentos indutores de bem-estar, prazer e descontração aos participantes.

No total, a estagiária esteve presente em 44 sessões de AMA. Nestas, teve observação participada em seis, dinamização pontual de atividades em seis e dinamização conjunta com estagiários de licenciatura derivada de planeamento em 22 sessões. Para além destas, uma das sessões envolveu a realização de uma caminhada com todos os clientes dos grupos de AMA e duas sessões foram realizadas no gabinete de condição física sem aplicação de planeamento, por indisponibilidade de utilização do ginásio. Também, a estagiária participou em, pelo menos, uma sessão visando a avaliação dos clientes (itens das Baterias de Fullerton e composição corporal), em sessões com planeamento/dinamização improvisada e, ainda, houve uma sessão com uma presença mais passiva, onde a mestrande esteve sentada no banco a observar a sessão, enquanto efetuava a construção de materiais para um peddy-paper. Por norma, as sessões tiveram a duração aproximada de 60 minutos e os estagiários ficaram responsáveis pela chamada dos participantes do primeiro grupo às salas (os elementos do segundo grupo dirigiam-se de forma autónoma para o ginásio).

As sessões dinamizadas pelos estagiários foram planeadas semanalmente. Os principais responsáveis por estes planeamentos foram os estagiários de licenciatura, por este ser um dos únicos contextos em que teriam oportunidade de o fazer (devido ao seu horário de estágio), mas a mestranda também colaborou de forma conjunta na elaboração dos planos. Procurando-se, sempre que possível, adaptar as atividades aos gostos e pedidos feitos pelos clientes, os estagiários regeram-se pelos objetivos principais que se apresentam em tabela.

Tabela 5 – Objetivos gerais e específicos para os grupos de AMA

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover os fatores psicomotores e a melhoria de estados físicos	Incentivar à aquisição e/ou manutenção de capacidades físicas variadas, como a força, agilidade ou flexibilidade
	Promover e/ou manter a resistência cardiorrespiratória
	Proporcionar momentos que permitam o desenvolvimento de skills associados ao equilíbrio estático e dinâmico, à praxia global, estruturação espaciotemporal e noção do corpo
Promover as funções executivas	Incentivar à resolução de problemas e reflexão sobre estratégias adequadas a serem utilizadas de acordo com certas situações
	Promover a capacidade de atenção e utilização da memória de trabalho e de longo prazo
Promover o respeito pelas regras	Promover o conhecimento de regras e respetiva aplicação, associadas às várias modalidades desportivas e atividades realizadas
	Incentivar à existência de um espírito de competição saudável
Promover a interação social	Incentivar à interação entre os pares durante situações de jogo e na concretização das atividades
	Promover a cooperação, entreajuda e trabalho de equipa entre os vários elementos do grupo

De forma idêntica a outros contextos, as sessões, tanto das orientadoras, como dos estagiários, desenvolveram-se em três momentos principais:

- **Ativação Inicial** – Atividades de ativação geral, visando o aquecimento dos vários grupos musculares e direcionamento da atenção para a sessão (e.g. correr, rodar várias articulações do corpo, jogos simples);
- **Corpo da Sessão** – Realização de atividades podendo estar associadas a uma determinada modalidade desportiva, com desconstrução de tarefas, ou seja, começando com situações mais específicas da modalidade (e.g. realização de passes, momentos de marcação e desmarcação de Corfebol) e terminando com a realização de situação de jogo (e.g. jogo de Corfebol de 3x3);
- **Momentos finais, com retorno à calma** – Realização de exercícios indutores de relaxamento dos vários membros corporais, visando a prevenção de dores após a prática de exercício (e.g. alongamentos) e, sempre que possível, estabelecimento de diálogo final.

Antes do início das sessões, os estagiários acordavam entre si as atividades que cada um seria responsável por dinamizar. Assim, em sessão, enquanto um dos estagiários direcionava a atividade, os outros ficavam numa posição mais secundária, mas ajudando na preparação dos materiais e apoiando os clientes durante a concretização das tarefas, sempre que necessário. Os apoios, físicos e verbais, por vezes, envolveram a integração de um estagiário em cada uma das equipas, dependendo da modalidade realizada, o que acabou por dar uma maior dinâmica e fluência às atividades e permitiu um acompanhar mais de perto dos clientes da equipa, dando feedbacks sobre o que estavam a fazer bem e o que poderiam melhorar. As várias atividades realizadas envolveram, entre outras, a prática de corfebol, voleibol, golfe e futebol, assim como a realização de jogos diversos que permitiram trabalhar habilidades importantes e também inerentes a várias modalidades (eg. jogo do mata, estafetas).

Da mesma forma que na Natação Adaptada, não se efetuaram avaliações finais com base no protocolo. No entanto, ao longo das sessões, observaram-se de forma qualitativa os clientes. Correlacionando com os objetivos já mencionados, ambos os grupos mantiveram as suas capacidades físicas e a resistência cardiorrespiratória, sendo que pequenas oscilações verificadas (analisáveis através da aplicação dos itens das Baterias de Fullerton) podem derivar da altura do ano (em alguns clientes, tende a existir um padrão, com melhorias e pioras ligeiras ao longo do ano). No geral, os clientes de ambos os grupos estiveram motivados e participativos para com as atividades desenvolvidas havendo, no entanto, a necessidade de controlar alguns comportamentos de falta de atenção ou menos

adequados em sessão. A apresentação de dificuldades a nível da resolução de problemas foi evidente, mesmo com a repetição do mesmo tipo de atividades.

A nível de estratégias utilizadas em situações de jogo, observaram-se ligeiras melhorias no âmbito da marcação e desmarcação e trabalho de equipa, com o segundo grupo a mostrar melhor desempenho nestes aspetos. Contudo, este é um fator que, se não trabalhado de forma regular, facilmente é esquecido, existindo a tendência para persistirem as dificuldades na aplicação de estratégias de jogo adequadas. Em jogo, por várias vezes, as regras também não foram aplicadas (eg. dar passos com a bola na mão quando isso não é permitido) mas, com paragem da atividade e questionamento sobre o que aconteceu, os presentes compreendiam a situação reportada. Ainda relacionado com as regras, é de salientar um estado mais “agressivo” por parte do segundo grupo durante as sessões, derivado em parte do seu maior sentido competitivo, fator que teve de ser algumas vezes monitorizado, em especial com alguns clientes (eg. MM).

4.3.1. Reflexão pessoal Sobre a Experiência com Este Grupo

A experiência que tive neste contexto permitiu-me confirmar o que já tinha certeza com respeito à atividade física: esta pode mudar a vida das pessoas positivamente, inclusive daqueles que têm de conviver com a DID (Cardoso, 2011). Como comprovado pelos vários autores já referidos neste relatório, existem realmente benefícios na prática de atividade física e isso foi visível nos grupos com quem atuei. Mesmo que a nível motor, de capacidade de resolução de problemas ou a aplicação de estratégias não tenham evoluções rapidamente visíveis, a verdade é que os momentos de bem-estar e de prazer que grande parte dos participantes vivenciou foram, sem dúvida alguma, promotores da sua QV e também da própria funcionalidade, assim como da manutenção de competências que os elementos destes grupos já possuíam. Estes factos ficaram incrementados pela preocupação em aliar às sessões e aos objetivos dos planeamentos atividades significativas e desejadas pelos participantes (Leitão et al., 2008), sendo isso um fator motivacional para os mesmos.

Foi interessante denotar como dois grupos podem ser tão distintos dentro do mesmo contexto terapêutico e, conseqüentemente, levar a que as estratégias utilizadas em atividades idênticas tenham de ser adequadas. Por exemplo, com o primeiro grupo, houve uma maior necessidade de repetir instruções e fazer questionamento para confirmar a compreensão das atividades; já com o segundo grupo, a autonomia e a fluidez das

atividades foi maior, mas houve mais necessidade de controlar aspetos competitivos inerentes aos participantes.

Numa fase inicial, houve maior tendência para, nas atividades, fazer pausas para dar feedback apenas quando algo era feito de forma errada, visando a correção dessa ação. Como aconselhado pelo orientador académico, é igualmente relevante dar feedback positivo aquando de uma adequada concretização da tarefa, sendo que a aplicação desta estratégia permitiu observar uma melhor memorização e aquisição das habilidades nos clientes, assim como influenciou positivamente os seus estados motivacionais.

Acrescentando ao já mencionado, verificou-se como equitativamente importante a utilização de uma postura e um tom de voz mais dinâmicos com estes grupos, sentindo-se que isso ajudava ao aumento da energia dos clientes durante as sessões. Nesse sentido, a postura que tive também teve de ser ajustada face aos comportamentos menos adequados de alguns clientes nas sessões. Ou seja, por vezes, foi necessária uma postura com maior diretividade, apesar desta ser uma postura com que menos me identifico e a qual tenho mais dificuldades em ter.

4.4. Grupo C1/C2 e Grupo Misto

No total, 32 pessoas do CAO puderam usufruir destas sessões. Oito destes elementos (entretanto sete, devido à saída de uma pessoa do CAO) fazem parte do Grupo Misto, tendo sessões semanais à terça-feira à tarde e fazem parte de salas das unidades funcionais B e C. Este grupo tem idades compreendidas entre os 19 e os 50 anos, com dois elementos do género feminino e os restantes do género masculino. De acordo com os processos consultados no CAO, para além do diagnóstico de DID com comprometimentos ligeiros a moderados, uma das pessoas apoiadas tem PC, o participante mais velho tem Diabetes e outro tem uma degeneração a nível da anca. Ainda, o cliente que, entretanto, saiu do grupo, tem T21.

Já o Grupo C1/C2 é composto por 24 elementos, divididos em vários subgrupos que têm sessões à segunda-feira (duas sessões), terça-feira (uma sessão) e sexta-feira (duas sessões), sendo prevista a participação de cada cliente entre uma a duas vezes por semana, nestas sessões. Fazendo parte das unidades funcionais B e C, quatro elementos são do género masculino e os restantes do género feminino, tendo idades entre os 18 e 51 anos. De acordo com a análise dos processos, em comorbilidade com a DID com comprometimento ligeiro a moderado, existem seis pessoas com T21. Também, a alguns

participantes associam-se problemáticas inerentes à saúde mental (e.g. estados depressivos) e comprometimentos de carácter mais físico (e.g. dificuldades visuais ou auditivas). As clientes da sala C1, no seu dia-a-dia, são responsáveis por realizar tarefas inerentes ao bar do CAO (e.g. preparar os pedidos feitos). Já os elementos das salas C2, B1, B3 e B4 realizam diferentes tipos de trabalhos manuais e os clientes da sala C3 fazem diversos trabalhos de jardinagem, no interior e exterior do CAO. Aos vários clientes do Grupo C1/C2 e do Grupo Misto, acrescem às rotinas diárias outros tipos de intervenções terapêuticas (e.g. Psicologia, AMA, Natação Adaptada).

Face ao número ainda elevado de clientes que compõem estes grupos e como os planeamentos realizados entre os mesmos foram idênticos, com a respetiva adaptação de estratégias face às características de cada subgrupo, a análise referente à avaliação e a apresentação do plano e processo terapêuticos e resultados obtidos são feitas de forma global (ou seja, juntando os grupos C1/C2 e Grupo Misto).

4.4.1. Avaliação

Para este percurso terapêutico, a fase inicial de observação foi essencial. Consultaram-se os processos e PIC's das pessoas apoiadas, assim como os resultados de avaliações efetuadas anteriormente no núcleo de AMA. Em simultâneo, foi elaborado um protocolo de avaliação por parte da estagiária, utilizado também com o estudo de caso (a quem se aplicaram alguns itens extra), o qual pode ser visto com maior detalhe em anexo (ver anexo VII).

Existem alguns instrumentos de avaliação que podem ser mencionados e que são úteis para o Psicomotricista na terapia com pessoas com DID. Um deles é a EIA (*Supports Intensity Scale*, desenvolvida pela AAIDD em 2004), que visa analisar as necessidades de apoio do sujeito nas suas atividades pessoais, sociais e relacionadas com o trabalho, identificando o tipo e a intensidade do apoio que é preciso (AAIDD, 2017c). A aplicação da escala está prevista para pessoas com DID com 16 ou mais anos (AAIDD, 2017d). Também, visando a avaliação do CA, pode-se abordar a versão portuguesa da Escala do Comportamento Adaptativo (ECAP) de Santos e Morato (2004). Esta tem como objetivo primordial avaliar a capacidade das pessoas com DID se adaptarem ao seu contexto ecológico, permitindo identificar áreas fracas e fortes, facilitando, assim, a elaboração de planos. Para tal, a mesma envolve um conjunto de frases associadas a situações de vida, com possibilidades de resposta que definem a realidade do sujeito face àquele item,

devendo esta escala ser aplicada a uma pessoa que conheça bem o avaliado (Santos e Morato, 2004).

A nível da avaliação psicomotora, vários instrumentos podem ser adaptados, como é o caso da Bateria Psicomotora (BPM) de Vítor da Fonseca, desenvolvida em 1975 (Fonseca, 2010a). Este é um instrumento direcionado para crianças dos 6 aos 12 anos e pretende avaliar os vários fatores psicomotores num total de 26 subfatores. Estes são cotados de 1 a 4, determinando resultados apráxicos (valor 1), dispráxicos (valor 2), eupráxicos (valor 3) ou hiperpráxicos (valor 4) (Fonseca, 2010a). Outro instrumento são as Baterias de Fullerton, de Rikki e Jones de 2001, traduzidas por Baptista e Sardinha (2005). Estas, direcionadas para pessoas com mais de 60 anos, avaliam a aptidão física funcional, ou seja, a capacidade fisiológica de realizar atividades do quotidiano sem fadiga em excesso, através de itens que analisam a agilidade, composição corporal, flexibilidade ou resistência muscular e cardiorrespiratória (Baptista e Sardinha, 2005). Já o Exame Gerontopsicomotor (EGP), original de Michel Soppelsa e Albaret, de 2010 e com tradução de Moraes, Fiúza, Santos e Lebre (2012) também pode ser utilizado. Este direciona-se para indivíduos a partir dos 60 anos e permite a avaliação de diversos aspetos, como o equilíbrio, conhecimento corporal, memória verbal e perceptual, vigilância, praxia fina, entre outros (Hogrefe, 2015).

Face à reflexão sobre os instrumentos acima descritos, o protocolo compreende a junção de itens inerentes a instrumentos de avaliação distintos, nomeadamente a BPM de Vítor da Fonseca, o EGP, a Body Skills, o Draw a Person (DAP) e o Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky. A escolha de elaborar um protocolo com a junção de itens destes instrumentos deriva do facto de não se encontrar disponível um instrumento de avaliação específico para adultos com DID. Assim, tentaram-se escolher itens que pudessem adaptar-se às características desta população e que permitissem avaliar aspetos psicomotores pertinentes para posterior estabelecimento do plano terapêutico.

Uma grande parte dos itens utilizados são da BPM, por este ser um instrumento de referência na Terapia Psicomotora e permitir avaliar, com atividades simples, os vários fatores psicomotores. Ao mesmo tempo, tem um processo de cotação simples (de 1 a 4) (Fonseca, 2010a), com definição de critérios que foram aproveitados no protocolo, com a respetiva adaptação. Os itens utilizados dos outros instrumentos de avaliação tiveram adaptação da cotação para o formato da BPM, tentando-se manter os critérios existentes nos mesmos. É de referir que, na BPM, existe o item de desenho do corpo. No entanto, a estagiária optou por basear-se no teste DAP, por este ter um guia de cotação mais

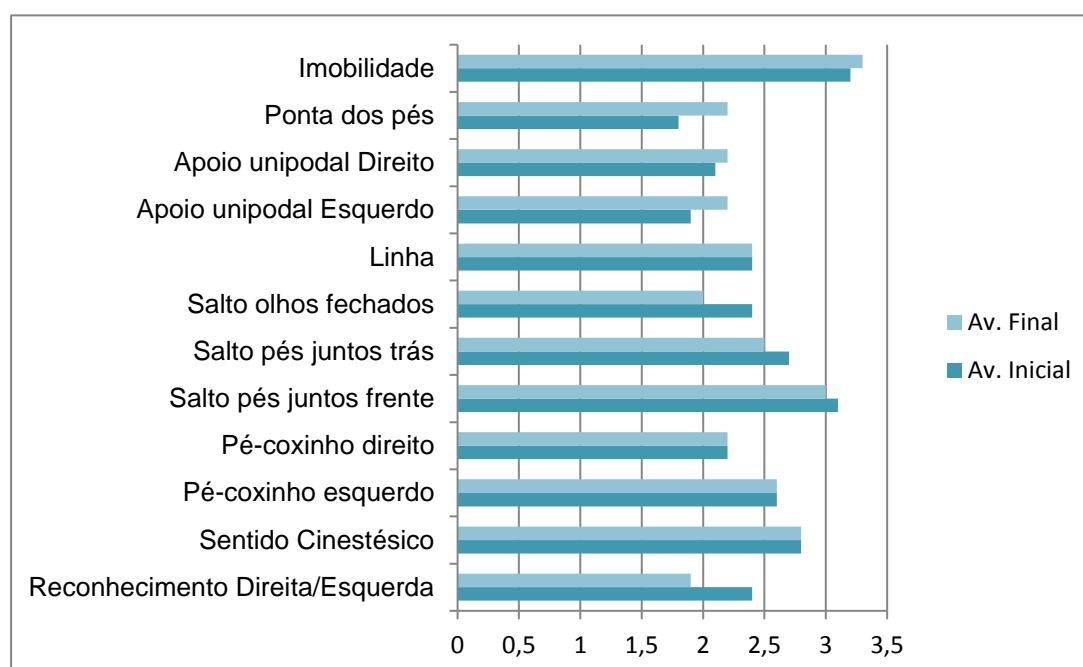
detalhado. Já o EGP foi utilizado para complementar informação não obtida através da BPM (eg. domínio temporal) e por se pretender analisar a imitação de posições de forma estática com e sem referência visual. Ao mesmo tempo, este é um instrumento direcionado para os gerentes e um número significativo de elementos do grupo começa a apresentar sintomas inerentes ao envelhecimento precoce, pelo que se considera que os itens são adequados às suas características.

4.4.2. Avaliação Inicial e Planeamento Terapêutico

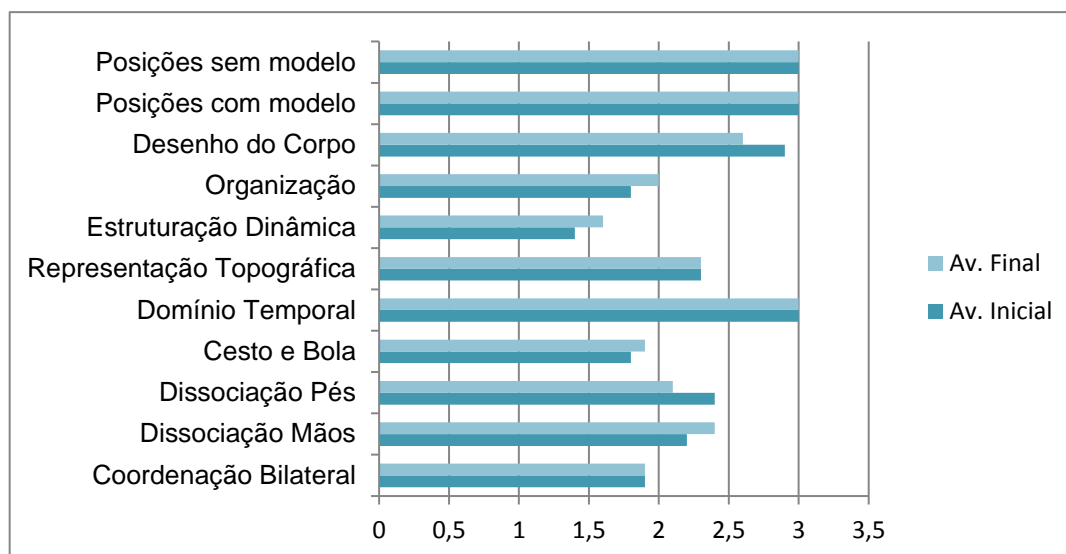
Como já mencionado, o protocolo foi aplicado entre 9 de dezembro e 5 de janeiro. Nem sempre foi possível a aplicação total dos itens numa só vez, pois alguns necessitavam do espaço do ginásio para condições de aplicação semelhantes e o mesmo, por vezes, não esteve disponível. As avaliações foram, assim, efetuadas no gabinete de condição física, no ginásio e na sala de conhecimentos gerais.

Após a aplicação do protocolo, obtiveram-se os resultados que, de seguida, se apresentam. Estes são as médias dos resultados obtidos pelos vários clientes, ou seja, uma média conjunta de todos os elementos do grupo C1/C2 e Misto. No gráfico, já se apresentam os resultados inerentes à avaliação final, para efeitos comparativos.

Gráfico 1 – Cotações obtidas nos itens do Protocolo de Avaliação nas Avaliações Inicial e Final



**Gráfico 1 – Cotações obtidas nos itens do Protocolo de Avaliação nas Avaliações Inicial e Final
(continuação)**



Apesar da heterogeneidade dos vários elementos do grupo, existem alguns fatores em comum a serem mencionados. Como observado no gráfico, de forma geral, a maior parte dos itens avaliados apresenta comprometimentos nas várias habilidades psicomotoras. A estruturação dinâmica é o item onde, no geral, todos apresentaram maior dificuldade. De facto, ficaram evidentes dificuldades na estruturação espaciotemporal e na noção de ritmo e houve apenas um pequeno número de clientes que conseguiu realizar o item da dissociação de forma totalmente adequada. Já no domínio temporal, existem diferenças entre os grupos, sendo as pessoas da sala C1 aquelas que têm mais facilidade neste item, por este ser um elemento mais presente na sua rotina.

Vários dos avaliados não têm a sua lateralidade bem definida, tendo dificuldades no reconhecimento entre direita e esquerda e uma parte significativa apenas sabe nomear os segmentos mais básicos do seu corpo. Nesse sentido, observam-se desenhos com falta de alguns elementos, como o pescoço, orelhas, dedos das mãos e pobreza em pormenores. Vários dos elementos do grupo não só têm dificuldades na sua própria noção corporal, como na do outro, imitando os movimentos e posições corporais dos colegas nem sempre de forma idêntica. Surgem também dificuldades no equilíbrio dinâmico e estático, sendo o Grupo Misto o que tem maiores facilidades neste aspeto, assim como na coordenação corporal.

Com relação a parâmetros mais comportamentais e sociais, das observações realizadas, verificou-se um nível baixo de participação, com passividade, sendo o Grupo Misto aquele que apresenta ser mais ativo. Os níveis de atenção e capacidade de

resolução de problemas, portanto, diversas funções executivas, também se encontram comprometidas, assim como a capacidade de expressão verbal e não-verbal. Na interação social, observam-se características distintas: alguns dos clientes não comunicam com os outros, mesmo com estímulo para tal; já outros querem interagir, mas nem sempre o fazem de forma adequada para a sessão e um pequeno número interage, querendo ajudar os colegas. A capacidade de iniciativa também é baixa, no geral mas, de forma oposta, alguns querem participar em demasia e, por consequência, têm dificuldade em controlar esse impulso.

Face a estas características globais dos grupos, estabeleceram-se objetivos gerais e específicos a ter em consideração na elaboração dos planeamentos.

Tabela 6 – Objetivos gerais e específicos para Grupo C1/C2 e Grupo Misto

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
1. Promover aspetos motivacionais	a) Aumentar a participação, de forma ativa
	b) Melhorar a capacidade de iniciativa
	c) Melhorar a capacidade de controlar os impulsos
2. Promover a capacidade de expressão	a) Desenvolver a expressão através do corpo
	b) Aumentar a capacidade de expressar opiniões pessoais
3. Promover a interação com o outro	a) Melhorar a frequência de interação com o outro e os respetivos mecanismos utilizados
	b) Desenvolver a capacidade de cooperação e de trabalho de equipa
4. Promover a motricidade global	a) Melhorar capacidades associadas ao equilíbrio estático e dinâmico
	b) Melhorar a coordenação motora, no geral

Tabela 6 – Objetivos gerais e específicos para Grupo C1/C2 e Grupo Misto (continuação)

5. Promover as funções executivas	Melhorar a utilização das funções executivas no geral, em especial a capacidade de resolução de problemas
6. Promover a estruturação espaciotemporal	Incentivar ao desenvolvimento de skills associados à capacidade de se orientar no espaço e organizar objetos em diferentes direções/orientações, de acordo com um referencial visual
7. Promover a noção do EU corporal e do corpo do outro	a) Desenvolver a capacidade de imitação do outro
	b) Aumentar o conhecimento sobre si mesmo (eg. gostos, constituição corporal)

4.4.3. Processo Terapêutico

No total foram realizadas 80 sessões, sendo que, destas, 65 foram realizadas com os vários subgrupos C1/C2, 13 com o Grupo Misto e duas conjuntas com o Grupo C1/C2 e Grupo Misto. As mesmas decorreram tanto no ginásio como no gabinete de condição física, havendo uma partilha com a Dra. Susana, aquando da realização de sessões em simultâneo (em vários dias, parte da sessão tinha início no gabinete e depois decorria uma transição para o ginásio, ou vice-versa). Dessa forma, nos momentos de sessão no gabinete, o tempo era utilizado com vista à promoção da resistência cardiorrespiratória dos participantes, através da utilização das máquinas disponíveis. As sessões tiveram a duração de 45 a 60 minutos, seguindo regularmente a seguinte dinâmica:

- **Diálogo Inicial** – Conversa inicial com os presentes, perguntando como os mesmos se sentem e se existe algum assunto importante a abordar. Neste momento da sessão, enquanto se esperava que todos chegassem, colocava-se a data no calendário no ginásio (quando a sessão começava neste local).
- **Corpo da Sessão** – Realização de atividades diversas, inerentes aos objetivos, começando por norma com uma atividade de ativação geral. Como já mencionado, a organização deste momento de sessão esteve dependente do espaço disponível (ginásio ou gabinete).

- **Momentos finais, com retorno à calma** – Sempre que possível, realização de uma atividade final, visando o relaxamento dos estados tónicos e a promoção de um estado de calma geral.
- **Diálogo Final** – Conversa final com os presentes, incentivando a que pudessem expressar o que sentiram na sessão, recordando as atividades realizadas e mencionando o que mais e menos gostaram, ou dificuldades sentidas.

As atividades tentaram ir ao encontro dos objetivos elaborados, envolvendo, entre outras: atividades de equipa, de cooperação e entreajuda, visando a resolução de problemas; jogos de mímica e atividades de expressão corporal, livre ou direcionada; imitação de posições corporais face a um referencial visual; atividades de comandar e ser comandado (e.g. “o rei manda”); momentos de relaxação envolvendo massagem com bolas ou com as mãos e utilização de paraquedas ou lenços; estafetas com diversos objetivos; atividades de controlo de impulsos (e.g. “passa a corrente”); jogos de “tabuleiro” realizados no espaço, envolvendo casas a percorrer com peões e realização de diferentes tarefas, de acordo com a casa (e.g. “jogo da glória”).

A aplicação dos mesmos planeamentos aos vários subgrupos teve como objetivo principal a possibilidade da estagiária ver como as mesmas atividades poderiam ser recebidas de forma diferente por pessoas também elas diferentes e com características mais específicas. Simultaneamente, esta decisão permitiu ver que, em determinados grupos, algumas estratégias surtiam mais efeito, mas outras tinham um efeito transversal em todos os subgrupos. Desta forma, adaptando às respetivas especificidades, foram utilizados feedbacks positivos, interrogativos e corretivos e dados apoios físicos. Incentivou-se à interação e conversa entre o grupo e deu-se abertura para que os presentes pudessem mostrar iniciativa para fazerem as atividades. Ainda importa referir que, como sugestão da Dra. Inês Baião e, face às dificuldades apresentadas pelos participantes em exprimirem opiniões no diálogo final, a estagiária passasse a, de forma conjunta com os clientes, desenhar no quadro os vários momentos inerentes à sessão, para que os mesmos mais facilmente pudessem dizer os que gostaram mais e menos e falar sobre eles.

4.4.4. Resultados Obtidos ao Longo das Sessões e na Avaliação Final

Para avaliar os resultados finais obtidos, aplicou-se novamente o protocolo de avaliação (resultados descritos no gráfico já apresentado), tendo-se igualmente em consideração as observações realizadas nas sessões e as fichas de avaliação/monitorização de

competências sociais (ver anexo IX). O protocolo foi aplicado entre os dias 15 de maio e 20 de junho, com o tempo alargado para o processo pelos mesmos fatores da avaliação inicial e tiveram-se em atenção as mesmas condições de aplicação.

Com respeito ao protocolo de avaliação, não decorreram alterações significativas. No entanto, como verificável nas fichas preenchidas, a participação ativa e a capacidade de iniciativa de vários participantes melhorou, alguns de forma significativa. Neste sentido, o Grupo Misto manteve-se como o mais ativo, mas também observaram-se mudanças positivas em clientes dos subgrupos C1/C2 (eg. SR). Com o Grupo Misto houve, no entanto, a necessidade de lidar com alguns comportamentos desafiantes, como foi o caso da ML, que algumas vezes queria estar numa proximidade desadequada com certos clientes e, quando isso lhe era recusado, tomava uma atitude passiva e sem resposta.

Outro aspeto positivo a salientar diz respeito à capacidade expressiva. Apesar da capacidade de imitação de movimentos realizados pelo outro não ter alterado visivelmente, os clientes melhoraram de forma significativa a sua capacidade de expressão corporal através da mímica. Prova disso foi que, se numa fase inicial, existiam dificuldades tanto em reproduzir as mesmas como em adivinhá-las e tendência para quem estava a fazer a expressão dar a resposta, mais tarde passaram a fazer a atividade de forma mais autónoma e com mais facilidade em reproduzir e adivinhar. Para além disso, a nível comunicativo, alguns clientes passaram a interagir mais, não se observando, no entanto, alterações significativas na cooperação entre si.

4.4.5. Reflexão Pessoal Sobre a Experiência com Este Grupo

A intervenção com estes subgrupos revelou-se um grande desafio, não só pela heterogeneidade entre os mesmos, mas também pela existência de alguns casos mais em específico. Por exemplo, um dos grandes desafios foi adequar mecanismos para incluir o mais possível a SC, uma cliente que não ouve, nas várias atividades. Devido ao seu comprometimento, a participação em alguns momentos de sessão ficou dificultada (e.g. quando envolviam música, ou sons). Houve, assim, um esforço progressivo para direcionar-lhe tarefas específicas da atividade e fazer mais gestos corporais durante a explicação. Para além disso foi, por vezes, difícil conseguir lidar com a maior passividade dos presentes, especialmente com o primeiro grupo C1/C2 da semana, causando isso, em certos momentos, algum sentimento de frustração, pela dificuldade em adequar estratégias para aumentar a motivação dos participantes. Neste sentido, dois clientes em específico, a MAd e o JS, mostraram de forma regular um nível elevado de recusa. Com a MAd, apesar

de diferentes estratégias utilizadas, não houve, por várias vezes, sucesso no sentido da mesma ter algum tipo de participação. No entanto, com o JS, como o mesmo aprecia ficar deitado no colchão a ouvir música calma, ficou acordado que, de acordo com o seu nível de participação nas sessões, poderia ou não ser-lhe disponibilizado esse momento. Essa estratégia tornou-se num elemento facilitador.

Também se sentiram dúvidas iniciais quanto à forma de organizar o planeamento e o processo terapêuticos, ou seja, na decisão se o processo deveria ser todo previamente planeado ou construir-se sessão a sessão. Em conversa com as orientadoras locais e com base na posterior experiência própria, senti que é importante ter uma linha guia a seguir, i.e., o plano ajuda a direccionar o processo (EFP, 2017). No entanto, considero que as sessões devem ser construídas de acordo com os acontecimentos que vão surgindo, o que vai ao encontro do que autores salientam sobre a necessidade de ajustar os planeamentos sempre que necessário (EFP, 2012). Assim, apesar de ter seguido os planeamentos que fiz, fui com a experiência adaptando-os à situação do momento, fazendo ajustes nas atividades quando necessário e sem ser tão rígida quanto ao cumprimento do planeamento na sua totalidade. Ainda no âmbito dos planos de sessão, o facto de ter aplicado os mesmos a diferentes subgrupos foi importante pois, como já referido, permitiu verificar de que forma pessoas diferentes reagem às mesmas atividades.

Considero, também, pertinente refletir sobre o processo de avaliação. Este é, de facto, objetivo mas também subjetivo e, face à inexperiência, os critérios pessoais que, certamente, influenciam a avaliação, ainda não se encontravam bem definidos em mim. Dessa forma e, apesar de tentar seguir ao máximo as mesmas condições de aplicação e critérios da avaliação inicial, senti que, devido à experiência obtida ao longo dos meses, a minha postura avaliativa subjetiva alterou um pouco. Passei a dar mais valor a certos aspetos, principalmente os mais comportamentais e emocionais, muitas vezes escondidos na expressão corporal das pessoas apoiadas (Gentile et al., 2015) tendo, consequentemente, um olhar mais crítico sobre esses. Este fator pode ter influenciado as cotações finais que estabeleci nos clientes. Desta forma, compreendo a importância de, como refletido com as orientadoras, ser a mesma pessoa a avaliar no início e no fim (e nos outros momentos) pois, com a experiência, estes critérios subjetivos ficam melhor definidos e, portanto, na possível existência de erro avaliativo, este é sistemático, o que torna os resultados mais fiáveis.

Em suma, a Terapia Psicomotora com estes grupos foi um desafio mas com um balanço final positivo e a fácil aceitação da direção da estagiária por parte dos vários elementos foi uma realidade, o que também ajudou na fluidez e sucesso deste trajeto.

5. Estudo de Caso

5.1. Descrição geral da CG

A CG faz parte da família do C.E.C.D. Mira Sintra desde janeiro de 1997, ingressando nesse ano no CAO, com diagnóstico de DID moderada, de causa congénita e Depressão Major associada.

Do género feminino e nascida em 1971 (46 anos), tem uma estatura média, aspeto endomorfo e cabelos curtos, por vezes despenteados, mantendo, com alguma frequência, uma postura curva e fechada. Com o quarto ano de escolaridade, finalizado aos 20 anos num colégio, sabe escrever com algum apoio e diz gostar de ler revistas, ver televisão (telenovelas), ouvir música e fazer ponto cruz. Gosta de falar e de fazer perguntas diversas a quem a rodeia, principalmente relacionadas com datas e família, tendo uma boa capacidade de memorização deste tipo de informação.

Teve um percurso de vida, durante a infância e adolescência, sem incidentes a referir, vivendo com os seus pais e irmão e com investimento na sua aprendizagem escolar. Os pais sempre lhe deram proteção, em especial a mãe, apesar da mesma apresentar uma doença do foro psiquiátrico – Perturbação Depressiva. Portanto, até à entrada no Centro, a CG viveu num ambiente protegido e familiar, com reduzidos contactos sociais fora do contexto da família. No entanto, a CG tem vindo a enfrentar na sua vida um conjunto de perdas. Perdeu a sua mãe, em 2006 e, mais recentemente, o seu pai também faleceu. Consequentemente, desvaneceram-se rotinas e vivências sociais, realizadas com os pais e às quais a CG dava muita importância. Também, na altura do falecimento da mãe, a CG passou a frequentar a UR do Centro, com uma rotina inicial que envolvia ficar na residência de duas em duas semanas mas que, atualmente, passa por, nos fins-de-semana, ir para casa do seu irmão e cunhada, ou da sua tia ou, então, ficar na UR. Através dos comentários da CG, é facilmente entendida a conotação negativa que a mesma emprega à UR.

A nível de relações externas ao C.E.C.D. mantém ligação com o irmão, com quem estabelece uma relação com algum conflito e a sua cunhada, que lhe providencia um maior apoio. Também mantém o contacto com uma tia, apesar de ter vindo a existir um

afastamento neste sentido, devido a problemas pessoais e familiares da tia, que diminuem a sua disponibilidade para o acompanhamento da CG.

A CG teve a sua primeira experiência na área de ocupação/formação entre os 22 e 24 anos, num outro Centro, até que entrou no C.E.C.D., integrada inicialmente num grupo de arte decorativa. Como a cliente não sabia deslocar-se sozinha, um dos primeiros trabalhos realizados com a mesma centrou-se no treino de autonomia de transportes. Mais tarde, a CG passou a fazer parte do grupo de artes culinárias (C1), inserido na unidade de apoio pelo trabalho, onde continua no presente.

Atualmente, tem apoios de carácter semanal do núcleo de AMA, beneficiando de sessões de grupo e de Equitação Terapêutica. Também tem intervenções no âmbito da Psicologia, TO e Conhecimentos Gerais. No seu grupo C1, com orientação das monitoras, faz diversas tarefas, como ajudar no bar do centro, descascar legumes, fazer sandes de manteiga, embalar talheres, colocar e retirar loiça da máquina, entre outras, nas quais mostra uma lentidão geral na sua concretização.

De facto, em diferentes contextos, a CG mostra dificuldades em concentrar a atenção que é precisa para executar várias solicitações, devido à fuga regular das ideias e de pensamentos obsessivos (as perguntas que faz, de forma regular interrompem a linha de conversação, i.e., não se relacionam diretamente com os assuntos abordados). Apresenta pouca motivação para agir e instabilidade psíquica, observável no seu temperamento mais irritável, inconstante, preocupado e com humor variável. Também, os seus níveis depressivos têm vindo a aumentar, em grande parte devido às perdas que tem vindo a enfrentar, manifestando uma elevada labilidade emocional.

A nível social, a CG interage com os seus colegas, apesar de preferir estar sozinha e ter a ideia de que os seus pares não gostam e gozam consigo, tendo algumas dificuldades nesta componente de socialização. Exprime estar cansada das rotinas do grupo C1, referindo que gostaria de experimentar atividades diferentes.

Nas suas atividades de vida diárias, não tem limitações significativas, exceto no tomar banho, onde necessita de alguma orientação para lavar a parte posterior das costas e cabelo, mas veste-se, usa a casa de banho e come sozinha. Sabe usar o telemóvel para atender e fazer chamadas a pessoas específicas (cunhada, tia e irmão). Já conseguiu fazer compras de valor monetário baixo, como revistas, bebidas ou doces, tendo algumas noções básicas na área do cálculo, mas não utiliza o dinheiro de forma funcional e

autónoma. A nível da medicação, necessita de supervisão, tomando neste momento a seguinte (descrição mais detalhada da medicação em anexo X):

- Paroxetina (antidepressivo);
- Alprazolam (benzodiazepina para a ansiedade);
- Diplexil (antiepilético de base, usado como estabilizador de humor);
- Surmontil (antidepressivo para induzir o sono);
- Serquel (antipsicótico, que ajuda nas mudanças de humor).

Em suma, o nível de funcionalidade da CG é descrito pela existência de limitações a nível da atividade (executar tarefas mais complexas, como as mencionadas a nível ocupacional) e da participação, sendo isso evidenciado em aspetos como:

- Gestão de tarefas e exigências gerais, como fazer funções mais complexas, gerir o stresse e organizar rotinas;
- Aprendizagem e aplicação de conhecimentos, ou seja, a capacidade de pensar, resolver problemas, tomar decisões e aplicar conhecimentos adquiridos;
- Interações e relacionamentos interpessoais, no que concerne a estabelecer interações básicas e complexas através de condutas e ações de forma social e contextualmente adequadas, para com pessoas estranhas ou familiares;
- Autocuidados, a nível da saúde e da higiene de forma mais específica.

5.2. Avaliação Inicial e Planeamento Terapêutico

Os resultados da avaliação inicial da CG derivam de informações advindas de:

- Observação de sessões e conversas informais;
- Aplicação do protocolo de avaliação;
- Aplicação da ECAP;
- Análise de processo da CG e do seu PIC;
- Relatório de avaliação elaborado pela Psicóloga, após aplicação de testes psicológicos.

A descrição dos resultados com maior detalhe da ECAP encontra-se em anexo (ver anexo XI). Esta foi aplicada à monitora do grupo C1, no dia 9 de dezembro. Quanto ao protocolo de avaliação, uma parte dos itens foi aplicada no dia 12 de dezembro, na sala de conhecimentos gerais e os restantes itens no dia 14 de dezembro, no ginásio. Os

resultados obtidos são apresentados na tabela que se segue (que, para efeitos comparativos, também já apresenta os resultados da avaliação final).

Tabela 7 – Resultados da aplicação do Protocolo de Avaliação a Estudo de Caso (inicial e final)

Fator	Item	Cotação (Avaliação Inicial)	Total Média (Avaliação Inicial)	Cotação (Avaliação Final)	Total Média (Avaliação Final)
Tonicidade	Passividade e paratonia	2	2	2	2 →
Equilíbrio Estático	Imobilidade	3	1,75	3	2,25 ↑
	Apoio retilíneo	2D/1E		2D/1E	
	Ponta dos pés	1		2	
	Apenas um pé	2D/1E		3D/2E	
Equilíbrio Dinâmico	Marcha controlada	2	1,67	2	1,44 ↓
	Salto a pés juntos	2F/2T/2O		2F/1T/1O	
	Salto a pé coxinho	1D/1E		1D/1E	
Noção do Corpo	Sentido cinestésico	4	3,25	4	3,5 ↑
	Reconhecimento direita/esquerda	4		3	
	Imitação de posições	1c/ e 1 s/		3 c/ e 3 s/	
	Desenho do corpo	54 de 64 (valor máx.) – cotação 4		51 de 64 – cotação 4	
Estruturação Espacio-temporal	Organização	1	2,4	2	2,4 →
	Estruturação dinâmica	2		2	
	Representação topográfica	4		3	
	Reprodução de estruturas rítmicas	1		1	
	Domínio temporal	4		4	

Tabela 7 – Resultados da aplicação do Protocolo de Avaliação a Estudo de Caso (inicial e final)
(continuação)

Praxia Global	Dissociação	1M/1P	1,33	1M/1P	1,33 →
	Coordenação bilateral	1		1	
	Lançamento ao cesto	2		2	
Praxia Fina	Empilhar cubos	M (4)	3	M (4)	3 →
	Tamborilar	1D/1E/1D+E		1D/1E/1D+E	
	Abotoar/Desabotoar	4A/4D		4A/4D	
Total			14,43 de 28 possíveis	Total	15,92 de 28 possíveis ↑

Visando a informação obtida, de forma geral, conclui-se que o equilíbrio é um aspeto a ter em consideração pois, associadas às dificuldades neste parâmetro, encontram-se receios e inseguranças que a cliente tem consigo mesma, aliadas a um sentimento de “eu não sou capaz”. Para além disso, a CG demonstrou dificuldades nos itens associados à tonicidade e praxia global, assim como na estruturação espaciotemporal, especialmente a nível da estruturação rítmica e organização.

Nos itens da noção do corpo e na praxia fina obtiveram-se valores mais elevados, mas alguns aspetos também devem ser tidos em atenção. Na noção do corpo, a CG sabe exprimir o nome das várias partes, tem noções de lateralidade e consegue representar o seu corpo em desenho. Contudo, para além das dificuldades evidentes no que concerne à imitação do outro, a sua autoestima e o conseguir lidar com a frustração, com a crítica e algumas das suas emoções também se encontram afetados, denotando-se a importância de ter um melhor autoconhecimento de si mesma, dos seus limites e dos mecanismos que pode utilizar para lidar melhor com o que a incomoda. Já na praxia fina, a CG tem funcionalidade para as suas tarefas diárias, apesar de ter tido dificuldades na tarefa do tamborilar (talvez por exigir um centrar da atenção nos dedos e não ser algo mais automatizado, como é um abotoar/desabotoar botões, por exemplo). Contudo, a CG tem alguma tendência para utilizar apenas as pontas dos seus dedos e não as mãos na totalidade, para além de tender a usar uma mão e a outra a ficar parada. Um incentivo ao trabalho conjunto de ambas as mãos e das mãos na sua totalidade pode ser feito.

A nível da comunicação e da linguagem, foi referido na ECAP que CG tem, por vezes, alguns bloqueios, hesitações e interrupções, no entanto, compreende o que lhe é dito. Para além disso, sabe ler e escrever, fatores que podem ser aproveitados como estratégias para se incidir sobre outras áreas que a CG mais necessite. As questões relacionadas com o cálculo podem, igualmente, ser trabalhadas, principalmente pelo facto da CG ter como desejo aprender a fazer trocos com maior autonomia e independência.

Portanto, num nível mais intrínseco, torna-se pertinente promover a autoestima da CG, aumentando a segurança que tem com relação a si mesma, para além de promover-se a capacidade de iniciativa para as várias tarefas, visto que é mencionado, na ECAP, que a CG necessita de reforço/estímulo regular para continuar as suas atividades. Consequentemente, pretende-se aumentar a ambição da cliente e fazer com que a mesma sinta maior vontade em fazer atividades que possam ser do seu interesse.

Outro aspeto a ter em atenção (com base na ECAP) associa-se aos relacionamentos que a CG estabelece com outros, pois a mesma tem algumas dificuldades em aceitar a crítica, mas também, às vezes, fala mal de outros e acaba por ter relacionamentos menos desenvolvidos. Assim, em sessões de grupo, podem ser promovidas atividades que incentivem à relação e aceitação do outro e das suas opiniões, bem como individualmente também se podem estabelecer conversações mais informais sobre o assunto, ou atividades que permitam a expressão de sentimentos da CG sobre estes aspetos.

Igualmente, foram aplicados dois testes em Psicologia a 14 de dezembro, com a Dra. Ana Rodrigues: as matrizes progressivas de Raven, visando avaliar a capacidade de exatidão e clareza do raciocínio lógico e o teste da figura complexa de Rey, visando avaliar a perceção e memorização visuais. A aplicação destes testes foi importante, por se perspetivar intervir, conjuntamente, num contexto de estimulação cognitiva. Nos resultados, enuncia-se a exacerbação das emoções pela verbalização, entre estados entusiásticos e pessimistas e a necessidade de reforço positivo para manter a ação. Também apresentou dificuldades em concentrar a atenção, mantendo durante a aplicação dos testes uma postura corporal fechada. Na figura de Rey, mostrou pobreza na cópia, mas um razoável controlo visuomotor.

Em conversa informal com a CG, compreendeu-se que a mesma gostaria de ter uma melhor decoração no quarto, pelo que ficou comprometido entre a CG e a estagiária o desenho e respetiva pintura de um quadro para o seu quarto da residência. Assim,

analisando-se o que poderia ser mais essencial para a promoção do bem-estar e QV da CG, estabeleceu-se o seguinte perfil intraindividual da cliente:

Tabela 8 – Perfil Intraindividual da CG – Áreas Fortes e Áreas a Promover

Áreas Fortes	Áreas Principais a Promover
Capacidades de leitura e escrita	Coordenação motora global e equilíbrio
Capacidade de compreensão dos diálogos estabelecidos	Permanência do foco nas tarefas a realizar
Capacidade de memorização	Autoconhecimento, autoestima e segurança com relação a si mesma
Interesse e conhecimentos de cultura geral	Capacidade de imitação do outro
	Fatores cognitivos (estimulação cognitiva), como a resolução de problemas
	Utilização adequada da motricidade fina

Face a estes aspetos, estabeleceram-se, a nível terapêutico, os seguintes objetivos gerais e específicos, a ter em consideração na elaboração dos planos de sessão na intervenção individual:

Tabela 9 – Objetivos gerais e específicos do Plano Terapêutico da CG

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a tonicidade	a) Incentivar a estados eutónicos e uma postura corporal adequada
Promover a motricidade global e fina	a) Aumentar a capacidade de se manter em equilíbrio estático, em diferentes posições corporais
	b) Ter um equilíbrio dinâmico mais adequado
	c) Melhorar a coordenação bilateral e, portanto, a coordenação de movimentos realizados de forma dissociada ou conjunta

Tabela 9 – Objetivos gerais e específicos do Plano Terapêutico da CG (continuação)

	d) Aumentar a consciencialização para o uso das mãos na sua totalidade ou só partes específicas das mesmas, de acordo com a tarefa
Promover a estruturação espaciotemporal	a) Melhorar a realização de movimentos e sequências de movimentos de forma ritmada
	b) Incentivar ao desenvolvimento de habilidades associadas à capacidade de se orientar no espaço e organizar objetos em diferentes direções/orientações, de acordo com um referencial visual
Promover capacidades inerentes às funções cognitivas (estimulação cognitiva)	a) Aumentar o tempo de atenção e manutenção na tarefa, sem fuga de pensamento
	b) Melhorar a utilização do raciocínio lógico para a resolução de problemas
	c) Reforçar capacidades relacionadas com a evocação de informação em diferido (memória)
Promover a noção do EU corporal e a noção corporal do outro	a) Melhorar a capacidade de imitação do outro
	b) Reforçar a autoestima e diminuir inseguranças advindas do pensamento “não sou capaz”
Promover a capacidade de expressão verbal e não-verbal	a) Aumentar a capacidade de expressão verbal de sentimentos, gostos e de características próprias
	b) Desenvolver a expressão através do corpo
Promover aspetos motivacionais	a) Aumentar o empenho e a participação nas atividades
	b) Melhorar a capacidade de iniciativa em sessão

5.3. Processo Terapêutico

As sessões com a CG decorreram em três contextos distintos: uma vez por semana, às quartas-feiras à tarde, em contexto de gabinete ou ginásio; uma vez por semana, às quintas-feiras de manhã, com a realização de sessões de Equitação Terapêutica; duas

vezes por semana, às segundas-feiras e sextas-feiras de manhã, em contexto de grupo C1/C2. Dessa forma, o contacto da estagiária com a CG tornou-se bastante regular, sendo que:

- Foram realizadas 18 sessões em contexto de gabinete/ginásio, sendo a primeira a 4 de janeiro e a última a 24 de maio;
- A estagiária dinamizou oito sessões à CG de Equitação Terapêutica e acompanhou-a numa sessão de maneio (escovagem de cavalo) e numa sessão envolvendo a realização de uma gincana (percurso pré-montado). O primeiro planeamento foi aplicado a 5 de janeiro e o último a 18 de maio, com a gincana a decorrer no dia 8 de junho e marcando o final das sessões de Equitação Terapêutica;
- Em grupo, a CG esteve presente em 25 sessões com planeamento da estagiária, sendo a primeira a 9 de janeiro e a última a 12 de maio.

Os objetivos acima mencionados foram transversais a estes três contextos, apesar do foco de trabalho dos mesmos poder diferenciar-se, de acordo com a terapêutica desenvolvida.

5.3.1. Terapia Psicomotora em Contexto de Gabinete/Ginásio

Estas sessões decorreram maioritariamente em simultâneo com as sessões da Dra. Susana, de grupo. Como tal, adequava-se a ordem e, por vezes, a dinâmica de algumas atividades, de acordo com o espaço disponível no momento. Estas sessões, com a duração de 45 a 60 minutos (mas em alguns momentos acabaram por se prolongar mais um pouco) associam-se à seguinte estruturação:

- **Diálogo Inicial** – Conversa inicial com a CG, perguntando como a mesma se sentia e se existia algum assunto importante a abordar. Mencionava-se, por linhas gerais, o que iria ser realizado na sessão e incentivava-se à evocação da memória, relativa a sessões anteriores;
- **Corpo da Sessão** – Realização de atividades diversas, começando por norma por atividades em contexto de mesa e associadas a estimulação cognitiva prosseguindo, de seguida, para atividades de carácter mais motor;
- **Momentos finais, com retorno à calma** – Na maior parte das sessões, foi realizada uma atividade final, visando essencialmente o relaxamento dos estados tónicos e a promoção de um estado de calma geral;

- **Diálogo Final** – Conversa final, incentivando a que a CG pudesse expressar o que sentiu na sessão, recordando as várias atividades realizadas e indicando o que gostou mais e menos ou dificuldades sentidas. Algumas vezes, para além da expressão verbal, incentivou-se a que a CG desenhasse ou escrevesse num papel o resumo da sessão.

Ao longo das sessões, foi realizada uma diversidade de atividades, indo ao encontro dos objetivos elaborados, envolvendo, entre outras: atividades de mobilização dos segmentos corporais com e sem imitação do outro; momentos de expressão corporal e jogos de mímica; jogos de estimulação cognitiva, envolvendo detetar o intruso, jogo da memória ou reprodução de sequências com e sem referência visual, no papel e no espaço; atividades associadas a sobreposição de imagens (e.g. “color code”), trabalhando a percepção visual e resolução de problemas; atividades envolvendo falar sobre as emoções básicas (o que são, quando é que as CG sente e o que pode fazer para as sentir mais ou menos); atividades motoras envolvendo equilíbrio e exercícios com bolas ou balões (mas este tipo de atividades teve uma maior incidência nas sessões de grupo). De forma transversal a outros contextos, mas adaptadas à individualidade da CG, foram utilizadas estratégias como a participação conjunta em várias das atividades, feedbacks positivos, interrogativos e corretivos e apoios físicos. No início das sessões, permitiu-se que a CG pudesse dialogar um pouco sobre as suas preocupações, assim como no final, incentivando-se a que durante as atividades tentasse manter a sua concentração, aspeto que foi um desafio constante durante o processo terapêutico.

O percurso terapêutico com a CG culminou com a elaboração e pintura de uma tela de forma conjunta, sendo a cliente a escolher a imagem que pretendia ver representada (escolheu girassóis, referindo que ficariam bem no seu quarto, devido à cor que têm e a cor laranja dos seus cortinados). Assim, ao longo de algumas sessões, a estagiária pintou conjuntamente com a CG o quadro, dando apoio verbal referente aos locais que a mesma tinha de pintar, à preparação das cores a utilizar, bem como à forma de utilização do pincel (usando também algum apoio físico). Durante estas sessões, permitiu-se que a CG pudesse falar sobre os temas que pretendesse, desde que continuasse a pintar e também foi colocada música, de acordo com os seus pedidos e preferências. No final, num dia, a estagiária acompanhou a CG à residência, para conhecer o seu quarto e ambas colocaram o quadro no local que a cliente escolheu.

5.3.2. Terapia Psicomotora e Equitação Terapêutica

Estas sessões decorreram no picadeiro do Centro Hípico da Costa do Estoril. As mesmas, com a duração aproximada de 15 minutos, foram sempre presenciadas pela Dra. Sofia Faro e por um elemento do Centro Hípico, responsável pela condução da égua na qual a CG monta, a Garrana. Não tendo existido a possibilidade de realizar uma avaliação específica a este contexto à CG, tiveram-se em consideração os objetivos traçados para o plano terapêutico, mas existindo uma maior incidência sobre o trabalho de aspetos mais motores, nomeadamente o controlo postural, coordenação de movimentos e o equilíbrio. No entanto, em algumas sessões, aspetos de carácter cognitivo também foram trabalhados. Por conseguinte, as sessões encontraram-se organizadas da seguinte forma:

- **Fase de preparação** - Colocação do toque e deslocação para a entrada do picadeiro. Pedido de permissão para entrar ao equitador (condutor do cavalo), cumprimentando-o e também à Garrana. Subida para a égua.
- **Ativação Inicial** – Deslocação inicial em cima da égua, com preparação para volteio. Questionamento sobre o estado de espírito da CG, data do dia e direcionamento da atenção para a sessão, pedindo para a mesma realizar festas no pescoço e na garupa da égua.
- **Corpo da Sessão** – Início da realização de vários exercícios motores, maioritariamente associados aos membros superiores e mobilizações destes, tarefas de dissociação de movimentos e rotação da cabeça e tronco. Numa segunda fase, realização de atividades diversas, podendo envolver lançamentos de bolas/argolas de acordo com regras ou exercícios de estimulação cognitiva.
- **Momentos finais** – Ainda em cima da égua, realização de festas no pescoço e garupa, preparando a CG para a descida da mesma. Despedida do condutor do cavalo e da égua e saída do picadeiro, com estabelecimento de diálogo final.

Na realização de festas à Garrana, sempre se incentivou a que a CG utilizasse a sua mão na totalidade, usando-se para tal feedback verbal e também toque, manipulando a mão da cliente. A mesma sempre soube mencionar corretamente a data e falar do seu estado de espírito, mas nem sempre foi fácil direcionar a atenção para a sessão, devido às fugas de pensamento frequentes que a CG apresenta. Nesses casos, permitiu-se que a CG, na fase de ativação inicial, pudesse falar um pouco sobre o que pretendia, dando-se posterior feedback verbal para que mantivesse a atenção e, no final, poderia voltar a falar dos assuntos que desejava. Para os exercícios motores, utilizou-se demonstração física e

pedia-se que a cliente contasse até dez em cada uma das tarefas, dando-se feedback positivo, corretivo e interrogativo. Nos diálogos finais, incentivou-se a que a CG pudesse referir o que sentiu ao andar no cavalo e com respeito aos exercícios realizados.

É de referir que nem sempre foi possível a ida ao exterior para a realização das sessões de Equitação Terapêutica, devido a fatores atmosféricos ou outras condições logísticas. Também, a CG não pôde comparecer sempre. Para além disso, a estagiária teve possibilidade de dinamizar outras sessões de Equitação Terapêutica, com um caráter mais improvisado, num total de cinco sessões e dar apoio fora do picadeiro aos clientes que se encontravam em espera, face ao que fosse necessário (e.g. preparação de clientes para entrada no picadeiro, acompanhamento a casa-de-banho).

5.3.3. *Terapia Psicomotora em Grupo*

A organização das sessões em grupo já foi referida anteriormente. Face à possibilidade da CG estar presente nestas sessões, os objetivos principais que se pretendiam ver trabalhados associaram-se à interação positiva da mesma com os elementos do grupo, com respetiva cooperação e entreaajuda ao longo das atividades. Também, uma das estratégias utilizadas, decidida em conversação com a Dra. Inês Baião, decorreu do facto de, às sextas-feiras, tentar-se aplicar em grupo uma atividade realizada nas sessões individuais com a CG. Esta estratégia visou a facilitação de uma participação com maior sucesso e mais capacidade de iniciativa por parte da CG e a consequente melhoria na sua autoconfiança.

5.4. Resultados Obtidos ao Longo das Sessões e na Avaliação Final

No dia 31 de maio, o protocolo de avaliação foi novamente aplicado, assim como os testes psicológicos nos dias 12 e 13 de junho. A aplicação da ECAP não foi realizada, por se considerar que o tempo entre aplicações não seria o suficiente para denotarem-se diferenças significativas e, para além disso, a monitora não teve disponibilidade para tal. Para além do protocolo, os objetivos delineados foram analisados de acordo com critérios de êxito estabelecidos e com base nas observações semanais feitas nas sessões.

Analisando os resultados obtidos na avaliação inicial e final do protocolo de avaliação, observa-se uma ligeira melhoria global dos resultados. A dificuldade no controlo dos estados tónicos manteve-se, com a presença de hipertonicidade e dificuldades em permitir a manipulação dos seus membros. Apesar disso, sentiu-se que o toque da estagiária, do qual inicialmente a CG tinha mais fuga, passou a ser mais aceite e encarado como

prazeroso (e.g. massagens com bola e mãos). Já a nível do equilíbrio, aumentou de forma ligeira o tempo de manutenção da posição estática, apesar das dificuldades neste âmbito manterem-se. Na noção do corpo, é de salientar positivamente a melhoria do item da imitação de posições, onde a CG apresentou maior consciencialização da posição a realizar. Contudo, em sessão, isto nem sempre foi verificado, com a existência de alguns momentos com fuga de olhar e realização de movimentos corporais por vontade própria, ao invés de imitar. Nos restantes itens, os resultados obtidos não oscilaram de modo significativo. No entanto, a nível motor, em algumas sessões, notou-se uma maior desinibição (e.g. numa fase inicial, a CG não conseguia dar toques com as mãos num balão, nem fazer vários passes seguidos ou lançar a bola ao ar sem a deixar cair, por não se mover para a tentar agarrar. Numa fase posterior, a CG conseguiu dar toques com o balão e fazer vários passes com a bola a diferentes distâncias), mas continuaram as dificuldades a nível do ritmo dos movimentos corporais.

Durante as sessões individuais, a CG teve momentos oscilatórios, com fases de maior participação, concentração e sucesso nas atividades e outros momentos com maiores dificuldades e passividade. Estas alterações pareceram estar dependentes dos acontecimentos diários anteriores às sessões e, também, do local onde a CG passava o seu fim-de-semana. Apesar disso, a CG mostrou maiores níveis de iniciativa e empenho nas sessões individuais, com momentos onde se tornaram visíveis melhorias na sua expressão corporal (e.g. numa fase inicial, apresentou dificuldades evidentes em reproduzir mímicas simples e, com as sessões, passou a conseguir ter maior capacidade expressiva), boas capacidades de utilização da memória de trabalho, de sequencialização e de reprodução de imagens com referência visual. A nível da expressão de sentimentos, a CG também mostrou ligeiras melhorias, apesar de continuar a centrar-se nos aspetos mais negativos e ter maiores dificuldades em falar do que é positivo. Nesse seguimento, as inseguranças também não tiveram mudanças significativas, mas a frequência de vezes que a CG referia “eu não sou capaz” ou perguntava “é assim que se faz”, de forma insegura, diminuiu um pouco.

Um ponto forte do percurso terapêutico foi a realização conjunta do quadro. A CG esteve muito motivada para o mesmo e ansiosa de o terminar para este fazer parte do seu quarto. Apesar de alguns tremores e dificuldades de utilização adequada do pincel (e.g. colocava tinta a mais no mesmo, ou não a espalhava bem), teve sempre cuidado em pintar nos espaços pretendidos e em seguir as orientações da estagiária. Mas o mais importante foi que este processo foi um contributo evidente para a promoção da autoestima da CG e

da mesma sentir que alguém estava a investir em si, fator relevante face às perdas que a mesma tem vindo a enfrentar.

Na Equitação Terapêutica, a CG manteve a sua concretização ao longo das sessões, a nível dos aspetos mais motores. Manteve a tendência para uma postura cifótica, com pouca amplitude de movimentos com os membros superiores e dificuldades na extensão dos mesmos, assim como pouca amplitude de rotação do tronco. No entanto, teve facilidade na concretização de movimentos de dissociação e observou-se um melhor controlo no lançamento de bolas/argolas para o alvo pretendido. A contagem até dez durante os exercícios foi de alguma ajuda mas, por vezes, a CG acelerava a mesma no final ou parava a tarefa antes de terminar a contagem. Quando isso acontecia, a estagiária dava feedback, pedindo que repetisse o exercício com a contagem correta, ou contando em conjunto com a CG. Nas tarefas mais cognitivas, a cliente mostrou êxito em vários dos momentos, apesar dos elementos distráteis inerentes ao picadeiro e das fugas de pensamento frequentes. Houve, também, o cuidado de incentivar a CG a fazer festas usando a mão na sua totalidade, o que, por vezes, a mesma fez por iniciativa própria, mas outras vezes necessitou de apoio verbal e manipulação da mão.

Nas sessões de grupo, a estratégia de realizar algumas atividades já aplicadas nas sessões individuais não surtiu os efeitos esperados. Apesar da CG, por várias vezes, recordar-se que já as tinha feito e expressar alguns pormenores associados, não se observaram alterações significativas na sua capacidade de iniciativa, mantendo dificuldades de concretização que já haviam surgido na terapêutica individual. Para além disso, o comportamento apresentado foi, em diversos momentos, desadequado, desestabilizando a sessão através de diálogos não contextualizados ao momento e de chamadas de atenção à estagiária, aparentando ter dificuldades em compreender que, se nas sessões individuais, a atenção da estagiária centralizava-se totalmente nela, aqui essa atenção teria de ser repartida pelos seus colegas. O objetivo de interação com os seus pares, mostrando cooperação e entreajuda, também não foi conseguido, necessitando a CG de apoio verbal frequente para ajudar os seus colegas e interagir de forma adequada com estes.

A nível dos testes Psicológicos, denotaram-se resultados positivos, que consideram a terapêutica realizada como tendo sido pertinente. É salientado um maior controlo da impulsividade e uma atenção mais consistente. Também, no teste da Figura de Rey, refere-

se uma maior firmeza no traço, existência de mais pormenores nas figuras desenhadas e melhorias no controlo visuo-motor.

5.5. Reflexão Pessoal Sobre a Experiência com o Estudo de Caso

Face aos resultados obtidos neste processo terapêutico, considera-se o mesmo como tendo sido positivo e produtivo. Apesar de não se terem observado diferenças significativas a nível dos fatores psicomotores ou de competências cognitivas, a terapêutica foi um contributo para a manutenção de habilidades já adquiridas. Isso é relevante face à idade que a CG tem e surgiram, inclusive, momentos com agradáveis surpresas, i.e., com sucessos motores e cognitivos que não se esperavam tão facilmente. Para além disso, a Terapia Psicomotora tornou-se num meio essencial para a promoção da autoestima e de bem-estar da CG (Aragón, 2012), especialmente a nível das sessões com intervenção individual.

As sessões individuais originaram a partilha de momentos, de histórias de vida e de angústias da CG e dar ouvidos a essas preocupações, seguindo o conselho de mostrar empatia e disponibilidade (Llauradó, 2008), permitiu o estabelecimento de uma relação terapêutica forte entre nós, o que facilitou todo o processo terapêutico. Sem dúvida que o facto da CG ter alguém disponível apenas para si, alguém que estaria disposto a investir parte de si para a mesma foi crucial, pois isso contrasta com as perdas que a CG tem vindo a sofrer. Neste sentido, houve a preocupação da posterior despedida que a cliente teria de fazer, face ao término do estágio. Para ajudar a CG a compreender que este processo teria um início, um meio e um fim, mas que isso não seria negativo pois o importante seriam os momentos gravados na memória, a Dra. Ana Rodrigues, psicóloga do CAO, teve um papel fundamental. A experiência tida com a CG comprova a importância que, em diversos casos, uma terapêutica mais individualizada pode ter mas, infelizmente, nem sempre é possível pela falta de tempo, de espaços e de recursos humanos.

Em suma, este foi um processo desafiante, não só a nível da organização do planeamento, mas na sua aplicação e no conseguir lidar de forma adequada com algumas características pessoais da CG. Nomeadamente, as fugas de pensamento frequentes e a necessidade de fazer questões repetitivas sobre determinados assuntos. Estes comportamentos, por vezes, originavam em mim frustração e algum incómodo pessoal, por não conseguir descobrir melhores estratégias para adequar essas atitudes às situações. No entanto, como já mencionado, a relação terapêutica estabelecida e o produto final,

representativo de todo este processo, enchem o coração e fazem com que todos os desafios se tenham transformado em algo positivo.

6. Atividades Complementares

Para além das atividades delineadas no horário semanal, existiu a possibilidade da mestranda construir diversos materiais para as sessões (fora do horário de estágio) e, também, participar em outros momentos de intervenção e de formação, tanto no âmbito institucional, como a nível externo:

- a) Apoio a almoço dos clientes** – Apoio na hora de almoço no refeitório, envolvendo as tarefas de arranjar e cortar alimentos no prato dos clientes, descascar fruta e acompanhar almoço dos “leopardos” (grupo de clientes que se desloca ao exterior para sessões de ginástica e almoça mais tarde, às quintas-feiras);
- b) Festa de S. Martinho (11 de novembro)** – Convívio com clientes no pátio do C.E.C.D., no âmbito do dia de S. Martinho, dando apoio no que fosse necessário;
- c) Formação “Planeamento Centrado na Pessoa”, no C.E.C.D. (15 e 16 de novembro)** – Formação dinamizada na sala de audiovisuais, por Anja Masteling e Mário Pereira, da Instituição ASSOL, visando a sensibilização para o planeamento centrado na pessoa e a apresentação de um modelo adaptado do PATH, refletindo-se sobre a utilização deste método;
- d) Formação “Saúde Mental nas Pessoas com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual”, no C.E.C.D. (25 de novembro)** – Formação com o Psiquiatra João Albuquerque, do Centro de Recuperação de Menores das Irmãs Hospitaleiras (IIHSCJ). Foi feita uma abordagem ao tema de diagnóstico duplo na DID;
- e) Workshop “Como trabalhar a atenção/concentração” (25 de novembro)** – Participação em workshop dinamizado pelo C.E.C.D., direcionado para a intervenção com crianças com problemas a nível da concentração;
- f) Festa de Natal do C.E.C.D. (22 de dezembro)** – Festa que decorreu no auditório do Colégio Vasco da Gama, com apresentações diversas. A estagiária deu apoio no público, junto dos clientes, face ao que fosse necessário;
- g) Seminário “Indisciplina – Rebeldia ou Consequência?” (4 de fevereiro)** – Formação no Colégio Vasco da Gama, com a duração de seis horas. Realizou-se a apresentação de diversos temas alusivos ao assunto por parte de profissionais de diferentes áreas;

- h) **“I Jornadas Científicas da Psicomotricidade” (17 e 18 de fevereiro)** – A estagiária teve oportunidade de participar na Comissão Organizadora deste evento, desempenhando funções na Comissão de Design e na Comissão de Patrocínios. Nos dias do evento, ajudou na receção dos participantes e em questões logísticas variadas;
- i) **Workshop “(Des)envelhecer no CAO da CerciOeiras” (22 de março)** – Participação em workshop organizado pela FMH e dinamizado pelos Psicomotricistas Duarte Correia e Ana Isabel Dias. Os mesmos descreveram o funcionamento do CAO da CerciOeiras e deram a conhecer o instrumento *soundbeam*;
- j) **Peça de Teatro “O lobo e as cores”, do grupo Agitarte (26 de abril)** – Acompanhamento do grupo e da Dra. Mónica Maurício e Dra. Cristina Caldeira a uma escola básica em Varge Mondar. Os elementos do grupo fizeram a apresentação a cerca de 100 crianças. A mestrande deu apoio na colocação do som em certos momentos da peça;
- k) **Participação na Campanha do Pirilampo Mágico (4 a 28 de maio)** – Apoio no embalamento de canecas (24 de abril) e de pirilampos (3 e 4 de maio), bem como participação nas vendas (dia 5 a estagiária fez venda de rua na zona onde mora, nos dias 6 e 7 esteve, pela manhã, no Jumbo de Sintra e no dia 10 de maio foi, junto com as suas orientadoras, a uma escola em Massamá);
- l) **Atividade “Vem lançar o teu papagaio” (9 de maio)** – Dinâmica realizada na Praia Grande, em Sintra, com a participação de clientes do C.E.C.D., da Associação Quinta Essência e de alunos da Escola Básica de Mira Sintra. A estagiária ficou responsável por dinamizar uma atividade de estafeta em uma das estações existentes. Antes deste dia, a mestrande participou na construção de alguns dos papagaios utilizados;
- m) **Construção de Puzzles para evento “Diversidade sem Fronteiras”** – Entre os dias 16 a 22 de maio, a estagiária deu apoio na construção de dois puzzles, de grandes dimensões, para o evento mencionado, colaborando no desenho do esboço nas peças e a respetiva pintura;
- n) **Participação na “VII Caminhada contra o Estigma” (26 de maio)** – Caminhada organizada pela Casa de Saúde do Telhal e realizada nas suas instalações. A estagiária acompanhou alguns clientes na caminhada e em atividades realizadas na mesma;

- o) Feira Solidária e das Instituições de Massamá (27 de maio)** – Os clientes que participam nas aulas de *Karaté* foram convidados a fazer uma demonstração do trabalho que tem vindo a ser realizado com o mestre José Ramalho. A estagiária deu apoio na preparação para a apresentação (vestir os kimonos de *Karaté* aos participantes);
- p) Palestra “Psicomotricidade: Perguntas e Respostas...numa conversa com alunos do 2º ano de mestrado” (1 de junho)** – Participação na dinâmica realizada na FMH, com a presença de alguns alunos do primeiro e segundo ano de mestrado, visando a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas sobre os estágios realizados;
- q) Participação em reunião intercentros (2 de junho)** – Reunião estabelecida na Associação para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra (APERCIM) com técnicos de diferentes instituições, pertencentes ao distrito de Lisboa. O objetivo foi analisar e avaliar a concretização de vários intercentros, incluindo a caminhada que o C.E.C.D. organizou.

XIV Caminhada de Orientação

Na manhã do dia 18 de abril decorreu a XIV Caminhada de Orientação, um evento intercentros organizado pelo C.E.C.D Mira Sintra. A maior responsabilidade para a preparação desta caminhada esteve a cargo do Núcleo de AMA, com os estagiários a colaborar neste processo. As questões de carácter burocrático, as quais envolveram o estabelecimento de conversações com a Câmara Municipal de Sintra para a cedência do espaço, assim como os patrocínios ou divulgação às outras instituições, estiveram a cargo das orientadoras locais. Os estagiários colaboraram na organização das atividades e preparação de materiais necessários para o evento.

No dia 3 de abril, os estagiários acompanharam as orientadoras até à zona da Praia da Aguda, no concelho de Sintra, local onde decorreu o evento. O objetivo foi, com o apoio de dois trabalhadores da Câmara Municipal de Sintra, fazer o reconhecimento do espaço disponível, assinalando o percurso e os locais onde poderiam ser feitas atividades e estimando-se, também, o tempo de prova.

Com respeito ao tema da caminhada, este foi escolhido pelos estagiários e relacionado com o turismo, baseando-se no facto do ano 2017 ser o “ano internacional do Turismo Sustentável”. As atividades já haviam sido pensadas anteriormente pelos estagiários e, após ver os espaços disponíveis, tiveram a sua respetiva adaptação e prepararam-se os

materiais necessários. A mestranda também pôde contribuir para a preparação das malas a dar a cada equipa no início da prova, tendo no seu interior diversos brindes e produtos alimentares.

No dia do evento, os estagiários compareceram pelas nove horas no local, para preparação do espaço. Com o apoio de um jipe, os materiais inerentes a cada estação foram colocados nos sítios respetivos, num total de 12 estações: seis com perguntas e as outras seis com atividades. Nas estações das perguntas, cada equipa, de entre quatro alíneas possíveis, poderia escolher a resposta certa e escrevê-la num cartão de resposta, que lhe fora anteriormente providenciado. Já em cada uma das atividades esteve presente, pelo menos, um elemento responsável pela respetiva dinamização. A mestranda esteve numa das estações, acompanhada do seu estudo de caso e de um voluntário. A mesma também pôde ajudar na receção das várias equipas, distribuindo as malas e garrafas de água a quem precisava.

No total, estiveram presentes cerca de 168 participantes de diferentes instituições e divididos por 20 equipas. Apesar de um dia que, pela manhã, se perspectivava chuvoso, todo o evento decorreu de forma positiva, verificando-se um bom feedback, expresso pela disposição alegre dos participantes, ao longo da manhã.

Peddy-Papper “Uma viagem pelo mundo”

Foi proposta pelas orientadoras locais aos estagiários a preparação de uma atividade que marcasse o final do seu percurso no estágio. Assim, organizaram-se entre si para começarem a elaborar este projeto, objetivando que o mesmo pudesse ser um momento prazeroso para os clientes e colaboradores do CAO e diferente da rotina habitual, tentando-se nele envolver o máximo possível de pessoas. O tema escolhido foi “Uma viagem pelo mundo”, pelo facto das orientadoras terem aconselhado e permitido o reaproveitar de alguns materiais já preparados para a caminhada.

Inicialmente, os estagiários elaboraram uma folha de inscrição, a distribuir pelos vários grupos do CAO, com a apresentação da atividade. Caso pretendessem participar, pedia-se que colocassem na folha o nome da equipa (poderiam escolher o nome de um país) e os elementos da mesma, num máximo de oito (clientes). Depois de se ter conhecimento do número de interessados, os estagiários começaram a elaborar todos os materiais necessários. Estabeleceram, de forma idêntica à caminhada, 12 estações, seis com perguntas e seis com atividades. Também prepararam:

- Cartões de identificação para cada elemento das equipas, com a bandeira respetiva do país escolhido;
- Cartões de resposta (para as estações das perguntas);
- Folhas de identificação das estações e de descrição de algumas atividades (visto que apenas haveria possibilidade de três das estações com atividades terem um elemento responsável pela dinamização);
- Algumas questões novas para as estações das perguntas;
- Materiais a usar em estações;
- Estruturação de documento guia do peddy-paper, com um conjunto de pistas a serem seguidas pelas equipas, para chegarem às estações;
- Preparação de diplomas de participação e de pequenos brindes a entregar no final da prova.

No dia, logo pela manhã, os estagiários organizaram as várias estações ao longo do centro. A atividade teve início pelas 10h30m, com a reunião de todos os participantes no pátio do CAO. Foram distribuídos os materiais necessários para a participação no peddy-paper e os estagiários explicaram sucintamente alguns pontos pertinentes. Depois, iniciou-se a atividade e cada um dirigiu-se para a sua estação respetiva, onde ficaram até à passagem de todas as equipas. No final, todos voltaram ao pátio, onde se colocou música e os vários participantes puderam interagir entre si e receber os diplomas e brindes finais. Esta tornou-se, assim, numa manhã diferente, a qual todos, no geral, mostraram ter gostado.

III. Considerações e Reflexões Finais

O relatório apresentado visa a descrição breve das várias vivências tidas ao longo do estágio no C.E.C.D., mais especificamente no CAO do Centro. Breve, pois todas as aprendizagens e momentos vividos transcendem o que palavras podem proferir. De facto, sendo o Psicomotricista uma peça indispensável no processo terapêutico, este tem de desenvolver competências teóricas e pessoais, conhecendo-se bem a si mesmo e ao seu corpo para poder trabalhar com outros (Aragón, 2012) e o estágio teve um papel preponderante nesse sentido. Providenciou momentos de reflexão, aprendizagens, desafios, momentos de sucesso e de insucesso, com muitas alegrias, vivências que se tornaram num contributo fundamental para o crescimento, tanto como pessoa como a nível profissional. Este crescimento torna-se, na realidade, mais evidente quando as aprendizagens teóricas se transferem para um contexto de prática. Nesse sentido, o

conhecimento adquirido no curso de Reabilitação Psicomotora e em formações foi essencial, apesar de que, uma parte dessas aprendizagens, devido ao tempo que passou sem as implementar, foi-se desvanecendo. Com isso, compreendo a importância que existe do Psicomotricista realizar formações regulares e contínuas, visando o aprender mais e ser um profissional melhor, para errar sempre um pouco menos. Na realidade, entendo que esse errar também permite a evolução, promovendo a reflexão sobre o que pode ou não funcionar, de acordo com as situações.

Uma das aprendizagens efetuadas diz respeito à vida profissional na instituição. Ao observar o quotidiano das orientadoras locais, foi facilmente compreensível que todos os dias podem ser dias diferentes, com o surgimento de vários imprevistos, de diferentes dinâmicas e da consequente necessidade do Psicomotricista se revestir de outras habilidades profissionais, para além das que são necessárias na sua profissão em si. De facto, para além dos seus deveres como TSEER, as orientadoras deram apoio em outras tarefas do CAO e trataram de vários aspetos burocráticos, como são exemplo aqueles que foram precisos para a concretização da caminhada. Neste sentido, quis seguir o seu exemplo e sempre me esforcei para ajudar em tarefas exteriores à terapêutica psicomotora em si. Consequentemente, o apoio que dei na organização da caminhada, na campanha do Pirlampo Mágico, na construção de materiais para eventos, bem como outras tarefas, permitiu-me vivenciar novas realidades, ter um maior sentimento de utilidade para com a instituição e sentir-me de forma mais profunda como um elemento, apesar de temporário, de uma equipa multidisciplinar. Para além disso, esses momentos ajudaram no aumento da minha capacidade de resiliência e de adaptação face à mudança e ao imprevisto.

Esta capacidade de resiliência tem de ser transversal, igualmente, às sessões de Terapia Psicomotora. De facto, estabelecer um plano terapêutico é útil para direccionar o processo (EFP, 2017), mas o Psicomotricista deve ter a capacidade para o ajustar sempre que necessário (EFP, 2012) e isso pode ter de ocorrer dentro das próprias sessões. Em certos momentos, algumas atividades planeadas não decorreram como o previsto, ou não criaram motivação suficiente nos participantes. Numa fase inicial, tinha menos sensibilidade neste aspeto, continuando a aplicar o que tinha planeado, por ter o sentimento que, se não o fizesse, não estaria a cumprir com o que tinha proposto. No entanto, mais tarde, fui compreendendo que o planeamento é um guia útil, mas não um manual de instruções rígido, ou seja, se uma atividade não está a resultar, o melhor é seguir em frente ou, naquele momento, ter criatividade para aplicar novas estratégias. O mesmo pode-se referir no sentido oposto, ou seja, quando uma atividade está a ter

bastante sucesso, pode-se e deve-se prolongá-la, pois atividades significativas são promotoras de uma aprendizagem mais fácil (Leitão et al., 2008). De acordo com o refletido com as orientadoras locais, a Terapia Psicomotora tem a vantagem de permitir o trabalhar dos mesmos objetivos podendo-se utilizar atividades diversificadas e o grande desafio encontra-se na capacidade de ser criativo no dia-a-dia para trazer inovação e variedade às sessões. Neste seguimento, compreendeu-se a importância de experimentar antes de aplicar, ou seja, sempre que possível, experienciar as atividades e o que se pretende propor, para confirmar a possibilidade de concretização e antecipar possíveis dificuldades que possam surgir.

Consequentemente, com a participação dos presentes na sessão a ser maior, o papel de a direcionar também fica mais facilitado. De facto, senti diferenças no meu próprio estado de espírito aquando a dinamização de sessões com o primeiro grupo C1/C2 da semana e os restantes (especialmente comparando com o Grupo Misto), devido ao mesmo ser composto de clientes com maior passividade nas suas respostas e pouca expressão de emoções. Tomei consciência, no entanto que, em parte, a medicação pode ter mais facilmente efeitos secundários nesta população (Ke e Liu, 2015; Thorpe et al., 2000), o que se pode associar à forma de estar mais passiva de vários elementos dos grupos. Neste sentido, a intervenção deve ser ajustada a cada indivíduo (Llauradó, 2008), o que se correlaciona com a utilização de estratégias que podem ser facilitadoras da participação e compreensão das atividades propostas. Numa fase inicial, o uso de certas estratégias era pouco intuitivo, mas os conselhos das orientadoras neste aspeto foram imprescindíveis. Dessa forma, estratégias como delimitar espaços (e.g. utilizar um cone para marcar início de uma estafeta), explicar as tarefas por partes, questionar após as explicações, fazer demonstrações físicas, usar conceitos o mais concretos possível (e.g. para explicar jogo do galo realizado em arcos e com coletes, em vez de explicar no quadro branco com os símbolos “x” e “o”, usar o mesmo plano horizontal dos arcos e usar desenho idêntico aos objetos utilizados) e o evitar a utilização de certas expressões verbais em prol de outras (e.g. evitar dizer “quem consegue fazer...” pois, em certos casos, há tendência para os presentes ficarem passivos e referirem que não conseguem sem experimentar) tornaram-se aos poucos mais automatizadas e, consequentemente, o processo terapêutico melhorou. Como os grupos de intervenção tinham características distintas, com o tempo, passou a ser mais fácil aplicar estas de acordo com cada situação.

Ao mesmo tempo, sinto diferenças positivas na minha postura e utilização da voz, num modo mais aberto e desinibido de estar em sessão (apesar da timidez continuar a ser uma

barreira a combater), numa melhor fluência de comunicação baseada em palavras simples e frases curtas, numa maior observação e sensibilidade para pequenos pormenores e expressões verbais e não-verbais e uma maior facilidade em lidar com imprevistos e comportamentos menos adequados em sessão, sentindo, portanto, uma maturação e maior segurança profissional e pessoal.

Um outro aspeto importante a salientar é o facto de as sessões deverem ser estruturadas e organizadas com base nos principais objetivos, verificando-se o que é mais redundante (Probst, 2010). Nesse sentido, devido à dificuldade pessoal na capacidade de síntese e de resumo, por considerar tudo como sendo importante, não foi tarefa fácil conseguir inicialmente focar-me nos objetivos primordiais a trabalhar com os grupos de intervenção e estudo de caso. Visando o conceito central de QV (Verdugo et al., 2010) e também a funcionalidade do sujeito e a sua participação e interação na sociedade (Santos e Morato, 2012), fui, com o tempo e com o contacto com os clientes, entendendo o que poderia ser mais benéfico para os mesmos, visando sempre o proporcionar de momentos de bem-estar e o promover da sua capacidade de expressão verbal e não-verbal. Isso certamente que contribui para o exercer do seu direito de tomar decisões (Blanck e Martinis, 2015), promovendo a capacidade para exprimirem os seus gostos, o que não gostam e os seus desejos. Igualmente, tentei proporcionar momentos promotores da interação e cooperação entre o grupo, assim como sensibilizar para a importância de ter um estilo de vida mais saudável.

Indo ao encontro da importância do terapeuta ter empatia, disponibilidade e capacidade de escuta (Llauradó, 2008), tentei reservar tempo para ouvir e dar atenção aos clientes, mesmo em assuntos que pudessem parecer não ter tanta importância mas que, para aquelas pessoas, são uma real preocupação. Compreendo, de facto que, várias vezes, estes momentos de escuta são realmente terapêuticos e podem ajudar a descobrir problemas pessoais ou familiares a ter em atenção. Face a alguns momentos de desabafos que algumas clientes tiveram para comigo e, com o consentimento das mesmas, expus as suas preocupações às orientadoras locais e também à Psicóloga do CAO, com a qual refleti sobre a importância de partilhar informação, para que o trabalho da respetiva equipa multidisciplinar possa ser mais harmonioso e ir ao encontro dos mesmos fins e objetivos. A partilha de informações inerente a vivências no estágio também foi efetuada com os estagiários de licenciatura, assim como realizado trabalho conjunto, sendo este um elemento enriquecedor e de entreajuda, em parte pelo facto de nos compreendermos pela existência de receios, dúvidas, interesses e necessidades idênticos.

Com um caráter mais teórico, uma das grandes limitações sentidas foi a quase ausência de informação científica e de estudos associados à população adulta com DID, com a informação existente a ter o seu foco nas crianças (Ojeda, 2005). Dessa forma, torna-se relevante elaborar processos investigativos que visem comprovar cientificamente a importância que a Terapia Psicomotora tem em situações em que a adaptação possa estar comprometida (Custódio e Santos, 2011) e face à expressão motora inadaptada (Novais et al., 2005). Para além disso, emergem áreas de oportunidade nas quais o Psicomotricista pode e deve agir, associadas ao aumento da esperança média de vida e ao envelhecimento precoce desta população (Peirats e Burgos, 2010), bem como à necessidade de intervir no âmbito da educação dos familiares das pessoas com DID (Sadock et al., 2017), também eles enfrentando o processo de envelhecimento (Heller e Schindler, 2009).

Em suma, este é um ciclo que agora se encerra, mas novas portas se abrem. Apesar dos receios normais de uma jovem que se vê de frente ao início de uma carreira, muitas vezes dificultada pela situação económica e social do país, a possibilidade de ter experienciado as várias valências da Terapia Psicomotora, intervindo em diferentes contextos, proporciona uma maior segurança e confiança em mim. Passei a ter a certeza de que é esta a profissão que desejo abraçar de coração e de que, com dedicação, poderei ter a capacidade de resiliência necessária para integrar uma equipa multidisciplinar, dando o melhor de mim, com habilidades em diferentes áreas interventivas. Os resultados que vi nas pessoas com quem estabeleci uma relação terapêutica e o bom exemplo da equipa do C.E.C.D. que visa, de forma progressiva, caminhar em prol do novo paradigma do conceito de DID (Santos e Morato, 2012) e, portanto, da participação, interação com a comunidade e funcionalidade da pessoa com DID (Morato e Santos, 2007), foram cruciais para a existência deste sentimento. Para ele também contribuíram cada sorriso, cada gesto, cada vitória, cada partilha e cada vivência tida com as pessoas do CAO, especialmente os clientes, mas também vários dos colaboradores e técnicos do Centro e das orientadoras locais.

Referências Bibliográficas

Abellán, R. e Vicente, R. (2002). Deficiencia mental associada a síndrome de Down, desarrollo psicomotor, educación física y deportes. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 5, 77-106.

Academia Equestre João Cardiga (2015). Divisão Equitação Terapêutica [website]. Retirado a 1 de maio de 2017 de <http://www.academiaequestrecardiga.pt/index.php/2016-03-06-17-55-41/divisao-equitacao-terapeutica>

Adams, H. e Matson, J. (2015). Scope and prevalence of the problem. In Matson, J. e Matson, M. (Eds.), *Comorbid conditions in individuals with Intellectual Disabilities* (3-25). Louisiana: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-15437-4

Aherne, C. e Coughlan, B. (2016). A preliminary investigation of the suitability of aquatics for people with severe and profound intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 21(2), 118-133. doi: 10.1177/1744629516646513

Albuquerque, K. M. (2010). Diálogos entre psicomotricidade e saúde mental: uso do corpo como proposta terapêutica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 2(4,5), 178-189.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [AAIDD] (2017a). *Definition of Intellectual Disability* [website]. Retirado a 3 de maio de 2017 de <http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.WPOVptLyvDc>

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [AAIDD] (2017b). *Frequently Asked Questions on Intellectual Disability* [website]. Retirado a 13 de junho de 2017 de <http://aaidd.org/intellectual-disability/definition/faqs-on-intellectual-disability#.WUBRbtQrKt8>

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [AAIDD] (2017c). *Supports Intensity Scale* [website]. Retirado a 20 de março de 2017 de <https://aaidd.org/publications/supports-intensity-scale#.WVLSQtQrKt8>

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [AAIDD] (2017d). *Supports Intensity Scale* [website]. Retirado a 20 de março de 2017 de <https://aaidd.org/sis#.WVLUGdQrKt8>

American Association on Mental Retardation [AAMR] (2004). *Supports Intensity Scale – Information* [website]. Retirado de <https://aaidd.org/docs/default-source/sis-docs/sisoverview.pdf?sfvrsn=2>

American Psychiatric Association [APA] (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (fourth edition). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (fifth edition). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Speech Language Hearing [ASLH] (2017). *Intellectual Disability – Assessment* [website]. Retirado a 12 de junho de 2017 de <http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942540§ion=Assessment>

Antunes, A. L. e Santos, S. (2015). *Estudo comparativo dos benefícios de um programa de Intervenção Psicomotora entre indivíduos com e sem Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais ao nível do Comportamento Adaptativo e da Proficiência Motora* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco.

Aragón, M. B. (2012). *Psicomotricidad – Guía de evaluación e intervención*. Retirado de <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Psicomotricidad-guia-de-evaluacion-e-intervencion.pdf>

Arriagada, M. V. (2000). Pauta para evaluar el juego en la classe de psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 0, 77-84.

Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra [APCC] (2017a). *Equitação Terapêutica* [website]. Retirado a 1 de maio de 2017 de http://www.apc-coimbra.org.pt/?page_id=398

Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra [APCC] (2017b). *Actividade Motora Adaptada* [website]. Retirado a 20 de março de 2017 de http://www.apc-coimbra.org.pt/?page_id=280

Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (2012). *Psicomotricidade* [website]. Retirado a 1 de junho de 2017 de <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>

Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (s.d.). *Psicomotricidade – práticas profissionais* [brochura]. Retirado a 1 de junho de 2017 de <http://www.appsicomotricidade.pt/sites/default/files/Brochura%20Total.pdf>

Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais [APTO] (2013). Terapia Ocupacional no meio aquático – uma nova e promissora abordagem. *Plural & Singular*, 3, 29-29

Baptista, F. e Sardinha, L. (2005). *Avaliação da aptidão física e do equilíbrio de pessoas idosas – Baterias de Fullerton*. Cruz Quebrada: FMH Edições

Beck, G., Derrey, S., Gayral, N., Guillemin, C., Labarrere, I., Lecoeur-Pichot, C. e Rodrigues, P. (2004). La psychomotricité. *Journal de l'E.P.S. Charcot Plaisir*, 18, 2-8

Becker, B. E. (2009). Aquatic therapy: scientific foundations and clinical rehabilitation applications. *Physical Medicine & Rehabilitation*, 1(9), 859-872. doi: 10.1016/j.pmrj.2009.05.017

Bennabi, D., Vandel, P., Papaxanthis, C., Pozzo, T. e Haffen, E. (2013). Psychomotor retardation in depression: a systematic review of diagnostic, pathophysiologic and therapeutic implications. *BioMed Research International*, 1-18. doi: 10.1155/2013/158746

Berta, C. (2004). Editorial. *Revista Diversidades*, 2(4), 3

Bilder, D., Pinborough-Zimmerman, J., Bakian, A., Miller, J., Dorius, J., Nangle, B. e McMahon, W. (2013). Prenatal and perinatal factors associated with Intellectual Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 118(2), 156-176. doi: 10.1352/1944-7558-118.2.156

Biwi, M. (2012). *Down Syndrome Facts*. Retirado de https://books.google.pt/books?id=oTxcCAAQBAJ&printsec=copyright&hl=pt-PT&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false

- Borioni, N., Marinaro, P., Celestini, S., Sole, F., Magro, R., Zoppi, D., ..., Bonassi, S. (2012). Effect of equestrian therapy and onotherapy in physical and psycho-social performances of adults with intellectual disability: a preliminary study of evaluation tools based on the ICF classification. *Disability and Rehabilitation*, 34(4), 279-287. doi: 10.3109/09638288.2011.605919
- Boschen, K. e Klintsova, A. (2017). Neurotrophins in the Brain: Interaction With Alcohol Exposure During Development. *Vitamins and Hormones*, 140, 197-242. doi: 10.1016/bs.vh.2016.10.008
- Bray, A. (2003). *Definitions of intellectual disability – Review of the literature prepared for the National Advisory Committee on Health and Disability to inform its project on services for adults with an intellectual disability*. Retirado de <http://www.donaldbeasley.org.nz/assets/Uploads/publications/NHC-Definitions.pdf>
- Bôscolo, E., Santos, L. e Oliveira, S. (2011). Natação para adultos: a adaptação ao meio aquático fundamentada no aprendizado das habilidades motoras aquáticas básicas. *Revista Educação*, 6(1), 21-28.
- Brown, J., Brown, M. e Dibiasio, P. (2013). Treating individuals with Intellectual Disabilities and challenging behaviors with adapted dialectical behavior therapy. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(4), 280-303. doi: 10.1080/19315864.2012.700684
- Buntinx, W. e Schalock, R. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: implications for professional practice in Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294. doi: 10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x
- Burke, T. (2013). *Dual Diagnosis: overview of therapeutic approaches for individuals with co-occurring Intellectual/Developmental Disabilities and Mental Illness for Direct Support Staff & Professionals working in the developmental disability system*. Retirado de <http://mha.ohio.gov/Portals/0/assets/Initiatives/CentersOfExcellence/201312-dual-diagnosi-white-paper.pdf>
- Cabeza-Ruiz, R. e Castro-Lemus, N. (2016). Composición y equilibrio corporal de personas com discapacidad intelectual: estudio descriptivo. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 12(46), 399-410. doi: 10.5232/ricyde2016.04604
- Camacho, M. J. (2008). Editorial. *Revista Diversidades*, 22, 3
- Cardoso, V. D. (2011). A reabilitação de pessoas com deficiência através do desporto adaptado. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 33(2), 529-539. doi: 10.1590/S0101-32892011000200017
- Carmeli, E., Bar-Yossef, T., Ariav, C., Levy, R. e Liebermann, D. (2008). Perceptual-motor coordination in persons with mild intellectual disability. *Disability and Rehabilitation*, 30(5), 323-329. doi: 10.1080/09638280701265398
- Carmeli, E. e Imam, B. (2014). Health promotion and disease prevention strategies in older adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Frontiers in Public Health*, 2(31), 1-7. doi: 10.3389/fpubh.2014.00031
- Carr, A. e O'Reilly, G. (2007). Diagnosis, classification and epidemiology. In A. Carr, G. O'Reilly, P. N. Walsh e J. Mcevoy (Eds.), *The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice*. Retirado de <https://books.google.pt/books?id=iR7HBQAAQBAJ&pg=PT28&lpg=PT28&dq=intellectu>

al+disability+epidemiology&source=bl&ots=oGyk2c5qg3&sig=g8Tkxu6gbcKuFqUVLPIa0gKCIA&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjVhoCjqrTUAhXMchQKHSwHASY4KBD0AQghMAA#v=onepage&q=intellectual%20disability%20epidemiology&f=false

Carraro, A. e Gobbi, E. (2014). Exercise intervention to reduce depressive symptoms in adults with Intellectual Disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 119(1), 1-5. doi: 10.2466/06.15.PMS.119c17z4

Carraro, A. e Gobbi, E. (2012). Effects of an exercise programme on anxiety in adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1221-1226. doi: 10.1016/j.ridd.2012.02.014

Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência [C.E.C.D.] (2016a). *Quem Somos* [website]. Retirado a 9 de novembro de 2016 de <http://www.cecdmirasintra.org/index.php/quem-somos>

Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência [C.E.C.D.] (2016b). *Quem Somos – Estatutos* [website]. Retirado a 9 de novembro de 2016 de <http://www.cecdmirasintra.org/index.php/quem-somos/estatutos>

Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência [C.E.C.D.] (2016c). *Quem Somos – Missão, Visão e Valores* [website]. Retirado a 9 de novembro de 2016 de <http://www.cecdmirasintra.org/index.php/quem-somos/missao-visao-e-valores>

Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência [C.E.C.D.] (2016d). *Valências* [website]. Retirado a 9 de novembro de 2016 de <http://www.cecdmirasintra.org/index.php/valencias>

Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência [C.E.C.D.] (2016e). *Valências – CAO* [website]. Retirado a 9 de novembro de 2016 de <http://www.cecdmirasintra.org/index.php/valencias/centro-de-atividades-ocupacionais>

Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência [C.E.C.D.] (2013). *Processos e procedimentos – processos de valência (iT.020): avaliação diagnóstica de candidatos* (documento não publicado)

Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência [C.E.C.D.] (2012). *Processos e Procedimentos – processos de valência (P.041): candidatura e admissibilidade* (documento não publicado)

Centro Hípico de Alcária (2017). *Equitação Terapêutica – Hipoterapia* [website]. Retirado a 9 de maio de 2017 de <http://www.chalcaria.com/pt/servico/equitacao-terapeutica-hipoterapia/>

Centro Hípico da Costa do Estoril (2016a). *Home – Bemvindo* [website]. Retirado a 11 de novembro de 2016 de <http://www.centrohipicocostaestoril.com/>

Centro Hípico da Costa do Estoril (2016b). *Equitação com fins terapêuticos* [website]. Retirado a 1 de maio de 2017 de <http://www.centrohipicocostaestoril.com/hipoterapia/>

Cheslock, M., Barton-Hulsey, A., Ronski, M. e Sevcik, R. (2008). Using a speech-generating device to enhance communicative abilities for an adult with moderate Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(5), 376-386. doi: 10.1352/2008.46:376-386

- Chester, R., Chaplin, E., Tsakanikos, E., McCarthy, J., Bouras, N. e Craig, T. (2013). Gender differences in self-reported symptoms of depression and anxiety in adults with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 7(4), 191-200. doi: 10.1108/AMHID-03-2013-0025
- Chiu, Y., Kao, S., Tou, S. e Lin, F. (2017). Effect of personal characteristics, victimization types, and family and school-related factors on psychological distress in adolescents with intellectual disabilities. *Psychiatry Research*, 248, 48-55. doi: 10.1016/j.psychres.2016.12.015
- Claes, C., Hove, G., Loon, J., Vandevelde, S. e Schalock, R. (2010). Quality of life measurement in the field of intellectual disabilities: eight principles for assessing quality of life-related personal outcomes. *Social Indicators Research*, 98(1), 61-72. doi: 10.1007/s11205-009-9517-7
- Cooper, S., Smiley, E., Jackson, A., Finlayson, J., Allan, L., Mantry, D. e Morrison, J. (2009). Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 217-232. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01127.x
- Costa, J. e Heringer, T. (2012). Avaliação do desenvolvimento motor em crianças e adolescentes de ambos os gêneros com necessidades especiais. *Littera docente & discente*, 2(2), 1-17.
- Custódio, M. e Santos, S. (2011). O papel da Intervenção Psicomotora na Promoção da Qualidade de Vida. *A Psicomotricidade*, 14, 9-24.
- Dairo, Y., Collett, J., Dawes, H. e Oskrochi, R. (2016). Physical activity levels in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Preventive Medicine Reports*, 4, 209-219. doi: 10.1016/j.pmedr.2016.06.008
- Danielsson, H., Henry, L., Rönnberg, J. e Nilsson, L. (2010). Executive functions in individuals with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1299-1304. doi: 10.1016/j.ridd.2010.07.012
- Deutsch, C., Dube, W. e McIlvane, W. (2008). Attention deficits, attention-deficit hyperactivity disorder, and intellectual disabilities. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(4), 285-292. doi: 10.1002/ddrr.42
- Dirección General de Personas con Discapacidad y Servicio Andaluz de Salud (2016). *Discapacidad Intelectual y salud mental: trabajo en RED. Guía para la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento*. Retirado de <http://www.sis.net/es/documentacion/ver-seleccion-novedad/515435/>
- Donald, K., Eastman, E., Howells, F., Adnams, C., Riley, E., Woods, ..., Stein, D. (2015). Neuroimaging effects of prenatal alcohol exposure on the developing human brain: a magnetic resonance imaging review. *Acta Neuropsychiatrica*, 27(5), 251-269. doi: 10.1017/neu.2015.12
- Ekbald, M., Korkeila, J. e Lehtonen, L. (2014). Smoking during pregnancy affects fetal brain development. *Acta Paediatrica – Nurturing the Child*, 104 (1), 12-18. doi: 10.1111/apa.12791
- Esbensen, A. e Benson, B. (2006). A prospective analysis of life events, problema behaviours and depression in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(4), 248-258. 10.1111/j.1365-2788.2005.00816.x

European Federation of Adapted Physical Activity [EFAPA] (2011). APA [website]. Retirado a 20 de março de 2017 de <http://www.eufapa.eu/index.php/apa.html>

European Forum of Psychomotricity [EFP] (2017). *General Information – Glossary* [website]. Retirado a 13 de junho de 2017 de <http://psychomot.org/psychomotricity/general-information/#!therapeutic-project>

European Forum of Psychomotricity [EFP] (2012). *Psychomotrician professional competences in Europe* [brochure]. Retirado a 13 de junho de 2017 de http://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf

Faria, I. e Santos, S. (2007). Equitação Especial no seio da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 9, 41-45

Fernandes, H. e Lima-Rodrigues, L. (2016). A transição para a vida ativa em jovens com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: o caso da CERCIMB/Portugal. *Jorsen*, 16(1), 1055-1060. doi: 10.1111/1471-3802.12134

Ferreira, M. e Figueira, I. (2015). *Diagnóstico duplo – caracterização, diagnóstico e tendências*. Retirado de http://www.fenacerci.pt/web/fenacerci/pro_diagduplo/Relatorio_%20DD_Caract-Diagn-Tend-.pdf

Filho, P. e Andrade, A. (2007). Da hidroterapia a psicomotricidade relacional em meio aquático. *Coleção Pesquisa em Educação Física*, 5(1), 207-214.

Fisher, M., Griffin, M. e Hodapp, R. (2011). Intellectual Disabilities (Mental Retardation). *Encyclopedia of Adolescent: Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 193-201. doi: 10.1016/B978-0-12-373951-3.00025-9

Flores-Compadre, J., Cruz, F., Orozco, G. e Vélez, A. (2013). Hipoxia perinatal y su impacto en el neurodesarrollo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 8(1), 26-31. doi: 10.5839/rcnp.2013.0801.05

Fonseca, V. (2010a). *Manual de Observação Psicomotora*. Lisboa: Âncora Editora

Fonseca, V. (2010b). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18(17), 42-52.

Fonseca, V. (2005). Fonseca, *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora

Fonseca, V. (2004). Psicomotricidade: uma abordagem multidisciplinar. *A Psicomotricidade*, 3, 18-31.

Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 3(4), 125-140.

Foreman, P. (2009). *Education of Students with an Intellectual Disability – Research and Practice*. Retirado de https://books.google.pt/books?id=zR8H1YwOsVgC&pg=PA31&lpg=PA31&dq=Phenylketonuria+intellectual+disability&source=bl&ots=Ny80_ntENx&sig=G8vfKDjqysAyMbAC_yD0WxpbmNg&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiFyJzgtLbUAhUJSRoKHeO1Ax0Q6AEIczAl#v=onepage&q=Phenylketonuria%20intellectual%20disability&f=false

Frank, R., Schone, A., Borella, D., Storch, J., Harmich, G., Duarte, A. e Boaro, D. (2013). Promoção do bem-estar para pessoas com deficiência: iniciativas do programa UNIAFA – atividades aquáticas e seus benefícios. *Conexões*, 11(3), 192-201. doi: 10.20396/conex.v11i3.8637611

Fredrickson-MacNamara, M. e Butler, K. (2010). Animal selection procedures in animal-assisted interaction programs. In A. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy: theoretical foundations and guidelines for practice* (pp. 111-134). San Diego, CA: Academic. doi: 10.1016/B978-0-12-381453-1.10007-8

Freitas, M. e Silva, J. (2010). Adaptação ao meio aquático – uma proposta pedagógico-terapêutica. *Revista Diversidades*, 28(8), 13-15.

Frimodt, L. H. (2010). Psychomotricity in Europe – Dynamics and Perspectives. *A Psicomotricidade*, 13, 17-23.

Garghetti, F., Medeiros, J. e Nuernberg, A. (2013). Breve história da Deficiência Intelectual. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 10, 101-116

Gentile, J., Cowan, A. e Smith, A. (2015). Physical Health of Patients with Intellectual Disability. *Advances in Life Sciences and Health*, 2(1), 91-102

Giagazoglou, P., Arabatzi, F., Kellis, E., Liga, M., Karra, C. e Amiridis, I. (2013). Muscle reaction function of individuals with intellectual disabilities may be improved through therapeutic use of a horse. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2442-2448. doi: 10.1016/j.ridd.2013.04.015

Gouveia, R. (2011). A deficiência profunda – perspectiva da pediatria do Neurodesenvolvimento. *Revista Diversidades*, 31(8), 3-8.

Government of South Australia (2013). *Disability information* [brochura]. Retirado a 20 de março de 2017 de <https://rampages.us/LENDfiles/intellectual-disability-and-depression.pdf>

Groce, N., Challenger, E., Berman-Bieler, R., Farkas, A., Yilmaz, N., Schultink, W., ... Kerac, M. (2014). Malnutrition and disability: unexplored opportunities for collaboration. *Paediatrics and International Child Health*, 34(4), 308-314. doi: 10.1179/2046905514Y.0000000156

Hakim, R., Ross, M., Runco, W. e Kane, M. (2017). A community-based aquatic exercise program to improve endurance and mobility in adults with mild to moderate intellectual disability. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 13(1), 89-94. doi: 10.12965/jer.1732838.419

Hanegem, E., Enkelaar, L., Smulders, E. e Weerdesteyn, V. (2013). Obstacle course training can improve mobility and prevent falls in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(5), 485-492. doi: 10.1111/jir.12045

Harris, J. (2006). *Intellectual Disability: Understanding its development, causes, classification, evaluation and treatment*. Retirado de https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=VpARDAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=etiology+intellectual+disability&ots=maGAR62hgm&sig=RNolG05vWdzrWvAbXkLxATJsPV4&redir_esc=y#v=onepage&q=etiology%20intellectual%20disability&f=false

- Harries, J., Guscia, R., Kirby, N., Nettelbeck, T. e Taplin, J. (2005). Support needs and adaptive behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, 110(5), 393-404. doi: 10.1352/0895-8017(2005)110[393:SNAAB]2.0.CO;2
- Hartley, S. e Birgenheir, D. (2008). Nonverbal social skills of adults with mild intellectual disability diagnosed with depression. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2(1), 11-28. doi: 10.1080/19315860802601317
- Hartley, S. e MacLean, H. (2009). Stressful social interactions experienced by adults with mild intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(2), 71-84. doi: 10.1352/2009.114.71-84
- Hawkins, A. e Look, R. (2006). Levels of engagement and barriers to physical activity in a population of adults with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 34(4), 220–226. doi:10.1111/j.1468-3156.2005.00381.x
- Heller, T. e Schindler, A. (2009). Family Support Interventions for Families of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Internacional Review of Research in Mental Retardation*, 37, 299-332. doi: 10.1016/S0074-7750(09)37009-3
- Hermans, H. e Evenhuis, H. (2012). Life events and their associations with depression and anxiety in older people with intellectual disabilities: results of the HA-ID study. *Journal of Affective Disorders*, 138(1,2), 79-85. doi: 10.1016/j.jad.2011.12.025
- Hermant, G. (2010). Les Réponses de la Psychomotricité aux Besoins Conjoncturels de la Société. *A Psicomotricidade*, 13, 24-31.
- Hogrefe (2015). *EGP: Vieillesse psychomoteur et cognitive* [website]. Retirado a 5 de junho de 2017 de <http://www.hogrefe.fr/produit/egp-vieillesse-psychomoteur-et-cognitif/#resume>
- Houwen, S., Putten, A. e Vlaskamp, C. (2014). A systematic review of the effects of motor interventions to improve motor, cognitive, and/or social functioning in people with severe or profound intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35(9), 2093-2116. doi: 10.1016/j.ridd.2014.05.006
- Hove, O., Assmus, J. e Havik, O. (2016). Type and intensity of negative life events are associated with depression in adults with Intellectual Disabilities. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(5), 419-431. doi: 10.1352/1944-7558-121.5.419
- Hsieh, K., Heller, T., Bershadsky, J. e Taub, S. (2015). Impact of adulthood stage and social-environmental context on body mass index and physical activity of individuals with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 53(2), 100-113. doi: 10.1352/1934-9556-53.2.100
- Hughes, K., Bellis, M., Jones, L., Wood, S., Bates, G., Eckley, L., ..., Officer, A. (2012). *Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies*. Retirado de http://www.who.int/disabilities/publications/violence_children_lancet.pdf
- Infarmed (2016a). *Folheto Informativo: Informação para o utilizador*. Retirado de: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2689&tipo_doc=fi
- Infarmed (2016b). *Folheto Informativo: Informação para o utilizador*. Retirado de: http://app10.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=32607&tipo_doc=fi

Infarmed (2015). *Folheto Informativo*. Retirado de: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=38909&tipo_doc=fi

Infarmed (2010a). *Folheto Informativo: informação para o utilizador*. Retirado de: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=34720&tipo_doc=fi

Infarmed (2010b). *Folheto Informativo: informação para o utilizador*. Retirado de: http://app7.infarmed.pt/indomed/download_ficheiro.php?med_id=8194&tipo_doc=fi

Instituto Nacional para a Reabilitação [INR] (2010). *CIF uma mudança de paradigma* [website]. Pesquisa feita a 3 de maio de 2017 e retirado de <http://www.inr.pt/content/1/52/cif-uma-mudanca-paradigma>

Instituto Português do Desporto e Juventude [IPDJ] (2012). *Desporto Adaptado – definições* [website]. Retirado a 20 de março de 2017 de <http://www.idesporto.pt/conteudo.aspx?id=27&idMenu=4>

Jacobson, S., Jacobson, J., Molteno, C., Warton, C., Wintermark, P., Hoyne, H., ..., Meintjes, E (2017). Heavy prenatal alcohol exposure is related to smaller corpus callosum in newborn MRI scans. *Alcoholism – Clinical & Experimental Research*, 41(5), 965-975. doi: 10.1111/acer.13363

Jardim, N. e Santos, S. (2016). Effects of a Psychomotor Intervention on water in the quality of life of adults with Intellectual and Developmental. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*, 3(1), 53-60. doi: 10.17352/2455-5487.000036

Kaletsch, M., Pilgramm, S., Bischoff, M., Kindermann S., Sauerbier, I., Stark, R., ... Lorey, B. (2014). Major depressive disorder alters perception of emotional body movements. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 1-8. doi: 10.1016/j.jad.2011.12.025

Katyihar, J. e Gupta, K. (2014). Pre-natal and post-natal risk facts for mental retardation among children in Varanasi. *Studies on home and community science*, 8(2,3), 101-107

Kaufman, L., Ayub, M. e Vincent, J. (2010). The genetic basis of non-syndromic intellectual disability: a review. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 2(4), 182–209. doi: 10.1007/s11689-010-9055-2

Ke, X. e Liu, J. (2015). Deficiência Intelectual. In J. M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (1-27). Retirado de <http://iacapap.org/wp-content/uploads/C.1-Intelectual-disabilities-PORTUGUESE-2015.pdf>

Kianni, R. e Miller, H. (2010). Sensory impairment and intellectual disability. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(3), 228-235. doi: 10.1192/apt.bp.108.005736

Kumar, V., Aster, J. e Abbas, A. (2015). *Robbins & Cotran Patologia – Bases Patológicas das Doenças*. Retirado de <https://books.google.pt/books?id=WhpQDAAAQBAJ&pg=PA171&dq=s%C3%ADndrom e+x+fr%C3%A1gil&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwivtsGsz7bUAhVHVxQKHbm-CxsQ6AEIMDAD#v=onepage&q=s%C3%ADndrome%20x%20fr%C3%A1gil&f=false>

Leitão, L. (2008). Sobre a equitação terapêutica: uma abordagem crítica. *Análise Psicológica*, 26(1), 81-100

Leitão, A., Lombo, C. e Ferreira, C. (2008). O contributo da Psicomotricidade nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *Revista Diversidades*, 22, 21-24

- Llauradó, C. C. (2008). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(2), 123-154
- Lewandowski, A. (2014). *A l'eau la dyspraxia?! Approche psychomotrice d'un enfant dyspraxique au travers de la médiation aquatique*. Retirado a 13 de junho de 2017 de http://mediations-aquatiques.com/Psychomot_2014_Lewandowski.pdf
- Lô, E. e Goerl, D. (2010). Representação emocional de crianças autistas frente a um programa de intervenção motora aquática. *Revista da Graduação*, 3(2), 1-19
- Lopes, S. (2004). Festival Hípico. *Revista Diversidades*, 2(4), 32,33
- López-Roa, L. e Moreno-Rodríguez, E. (2015). Hipoterapia como técnica de habilitación y rehabilitación. *Universidad y Salud*, 17(2), 271-279
- Maenner, M., Blumberg, S., Kogan, M., Christensen, D., Yeargin-Allsopp, M. e Schieve, L. (2016). Prevalence of cerebral palsy and intellectual disability among children identified in two U.S. national surveys, 2011-2013. *Annals of Epidemiology*, 26(3), 222-226. doi: 10.1016/j.annepidem.2016.01.001
- Marrus, N. e Hall, L. (2017). Intellectual Disability and Language Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 539-554. doi: 10.1016/j.chc.2017.03.001
- Martins, R. (2010). A Especificidade da Psicomotricidade: No Caminho da Identidade Psicocorporal. *A Psicomotricidade*, 13, 114-128
- Martins, R. (2001) Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e Relacional. In Fonseca, V. e Martins, R. (eds). *Progressos em Psicomotricidade*. Edições FMH: Cruz-Quebrada
- Matson, J. e Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to Autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1107-1114. doi: 10.1016/j.ridd.2009.06.003
- Matias, A. R. (2005). Terapia psicomotora em meio aquático. *A Psicomotricidade*, 5, 68-76
- Maulik, P., Harbour, C. e McCarthy, J. (2014). Epidemiology. In E. Tsakanikos e J. McCarthy (Eds.), *Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability – Research, Practice, and Policy* (9-22). New York: Springer Science & Business Media
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Psilogos*, 1(1), 85-95
- McArdle, K. (2015). *A diamond in the rough – assessing the value of equine assisted therapy at Camphill*. Retirado a 13 de junho de 2017 de http://www.camphillschools.org.uk/uploads/misc/Equine_Report.pdf
- McGillivray, J. e McCabe, M. (2007). Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 28(1), 59-70. doi: 10.1016/j.ridd.2005.11.001
- McGillivray, J., McCabe, M. e Kershaw, M. (2007). Depression in people with intellectual disability: an evaluation of a staff-administered treatment program. *Research in Developmental Disabilities*, 29(6), 524-536. doi: 10.1016/j.ridd.2007.09.005

McGrother, C., Bhaumik, S., Thorp, C., Hauck, A., Branford, D. e Watson, J. (2006). Epilepsy in adults with intellectual disabilities: prevalence, associations and service implications. *Seizure – European Journal of Epilepsy*, 15(6), 376-386. doi: 10.1016/j.seizure.2006.04.002

Meningitis Research Foundation (2017). After effects [website]. Retirado a 6 de junho de 2017 de <http://www.meningitis.org/disease-info/after-effects>

Mental Health Commission (2009). *Code of Practice – Guidance for persons working in mental health services with people with Intellectual Disabilities*. Retirado de http://www.mhcirl.ie/File/COP_Guid_ID.pdf

Miller, J., Pedersen, L., Streja, E., Bech, B., Yeargin-Allsopp, M., Braun, K. ... Olsen, J. (2013). Maternal infections during pregnancy and Cerebral Palsy: a population-based cohort study. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 27(6), 542-552. doi: 10.1111/ppe.12082

Miranda, A. (2000). Hipoterapia. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7(2), 113-121

Mireku, M., Boivin, M., Davidson, L., Ouédraogo, S., Koura, G., Alao, M., ... Bodeau-Livinec, F. (2015). Impact of helminth infection during pregnancy on cognitive and motor functions of one-year-old children. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 9(3), 1-16. doi: 10.1371/journal.pntd.0003463

Molen, M., Luit, J., Molen, M. e Jongmans, M. (2010). Everyday memory and working memory in adolescents with mild intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(3), 207-217. doi: 10.1352/1944-7558-115.3.207

Morais, A., Fiúza, R., Santos, S. e Lebre, P. (2012). *Exame Geronto-Psicomotor. Manual de aplicação provisório* (documento não publicado)

Morato, P. e Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: a mudança de paradigma na concepção da deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14(4), 51-55

Moreira, S. (2004). Atividade Física Adaptada. *Revista Diversidades*, 2(4), 11.

Moss, J., Nelson, L., Powis, L., Waite, J., Richards, C. e Oliver, C. (2016). A comparative study of sociability in Angelman, Cornelia de Lange, Fragile X, Down and Rubinstein Taybi Syndromes and Autism Spectrum Disorder. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(6), 465-486. doi: 10.1352/1944-7558-121.6.465

National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (2015). Clinical Characteristics of Intellectual Disabilities. In *National Academies of Sciences, Engineering and Medicine*. Washington, DC: The National Academies Press. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK332877/>

Neece, C. e Lima, E. (2016). Interventions for parents of people with Intellectual Disabilities. *Current Developmental Disorders Reports*, 3(2), 124-128. doi: 10.1007/s40474-016-0088-4

Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2016). *Mestrado em Reabilitação Psicomotora – Normas Regulamentares*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana (documento não publicado)

Novais, R., Morais, A. e Mateus, S. (2005). A Psicomotricidade em Portugal Continental, *A Psicomotricidade*, 5, 41-49

Ojeda, R. T. (2005). La práctica psicomotriz en personas com discapacidad psíquica y física associada. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 19, 77-88

Oliver, C., Woodcock, K. e Adams, D. (2010). The importance of aetiology of intelectual disability. In G. Grant., G., Ramcharan, P., Flynn, M. e Richardson, M. (Eds.) *Learning Disability: a life cycle approach to valuing people* (135-146). Open University Press\Wiley

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Retirado a 12 de junho de 2017 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Retirado de http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

Orús, M. e Conte, E. (2010). Discapacidad, edad adulta y vida independiente. Un estudio de casos. *Educación y Diversidad*, 4(1), 101-124

Oviedo, G., Guerra-Balic, M., Baynard, T. e Javierre, C. (2014). Effects of aerobic, resistance and balance training in adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35(11), 2624-2634. doi: 10.1016/j.ridd.2014.06.025

Parekh, R. (2015). *What is mental illness?* [website]. Retirado a 20 de junho de 2017 de: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>

Paz, I. (2010). O pediatra e a psicomotricidade: experiência do HSFx. *A Psicomotricidade*, 13, 107-113

Peirats, E. e Burgos, E. (2010). *Discapacidad intelectual y envejecimiento: un problema social del siglo XXI*. Retirado a 10 de junho de 2017 de <http://www.feaps.org/archivo/publicaciones-feaps/libros/coleccion-feaps/304-discapacidad-intelectual-y-envejecimiento-un-problema-social-del-siglo-xxi.html>

Pearn, J. e Franklin, R. (2013). Disability and drowning: personal experiences, research, and practicalities of adapted aquatics. *International Journal of Aquatic Research and Education*, 7, 157-162

Peralta, A., Neto, S. e Marques, S. (2013). *[Des]envelhecer com qualidade*. Retirado de http://www.fenacerci.pt/web/publicacoes/fenacerci/brochura_fenacerci.pdf

Perkins, E. e Small, B. (2006). Aspects of cognitive functioning in adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3(3), 181-194. doi: 10.1111/j.1741-1130.2006.00078.x

Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 47-52

Pollard, I. (2007). Neuropharmacology of drugs and alcohol in mother and fetus. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 12(2), 106-113. doi: 10.1016/j.siny.2006.12.001

Pôrto, C. e Ibiapina, S. (2010). Ambiente aquático como cenário terapêutico ocupacional para o desenvolvimento do esquema corporal em Síndrome de Down. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 23(4), 389-394

Probst, M. (2010). The bridge between clinical practice and research in psychomotor interventions: Fascinating or Boring? Reality or Utopia?. *A Psicomotricidade*, 13, 71-84

Professional Association of Therapeutic Horsemanship International (2017). *Learn about EAAT – Learn about therapeutic riding* [website]. Retirado a 13 de maio de <http://www.pathintl.org/resources-education/resources/eaat/198-learn-about-therapeutic-riding>

Rainbow Rehabilitation Centers (2009). *Aquatic Therapy* [brochura]. Retirado a 21 de março de 2017 de https://www.rainbowrehab.com/RainbowVisions/article_downloads/articles/Art-THPY-Aquatic.pdf

Richards, S., Brady, M. e Taylor, R. (2015). *Cognitive and Intellectual Disabilities – Historical Perspectives, Current Practices and Future Directions*. Retirado de https://books.google.pt/books?id=_SKDBAAQBAJ&pg=PT146&lpg=PT146&dq=intellectual+disabilities+postnatal+factors&source=bl&ots=Pv_dFZNg-g&sig=p_UatVnGI3IZtHSfQDczlTID1FE&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwil6sGWubnUAhVBwBQKHb8ZD684ChDoAQhFMAU#v=onepage&q=intellectual%20disabilities%20postnatal%20factors&f=false

Rimmer, J. e Marques, A. (2012). Physical activity for people with disabilities. *The Lancet*, 380(9838), 193-195. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61028-9

Rintala, P., Asunta, P., Lahti, J. e Loovis, E. (2016). Physical fitness of individuals with intellectual disability who have Special Olympics experience. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 9(2), 13-19

Rocha, A., Moura, T., Ogata, G., Paixão, K., Silvério, P. e Sugitani, C. (2014). Atuação da terapia aquática no atendimento interdisciplinar na educação inclusiva. *Revista Adapta*, 10(1), 17-20

Rodrigues, D. (2006). As dimensões de adaptação de actividades motoras. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 20, 53-58

Rose, E., Bramham, J., Young, S., Paliokostas, E. e Xenitidis, K. (2009). Neuropsychological characteristics of adults with comorbid ADHD and borderline/mild intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 30(3), 496-502. doi: 10.1016/j.ridd.2008.07.009

Saad, H., Elbedour, S., Hallaq, E., Merrick, J. e Tennenbaum, A. (2014). Consanguineous marriage and Intellectual and Developmental Disabilities among Arab Bedouins children of the Negev Region in Southern Israel: a pilot study. *Frontiers in Public Health*, 2, 3. doi: 10.3389/fpubh.2014.00003

Sadock, B., Sadock, V. e Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria – Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Retirado de https://books.google.pt/books?id=tQiRDQAAQBAJ&pg=PA1120&lpg=PA1120&dq=apoios+limitados+intermitentes+pervasivos&source=bl&ots=Xsw45MvXiM&sig=UGfgNDTId_FvGkYVhITA4QrBnpc&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwi93vfkoafUAhUCuRQKHTpzCysQ6AEIUDAJ#v=onepage&q=apoios%20limitados%20intermitentes%20pervasivos&f=false

Saint-Cast, A. (2004). Modalidades de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, 4, 7-21

Santos, S. (2007). *Estudo psicométrico da escala de comportamento adaptativo versão portuguesa (ECAP)* (Dissertação de Doutoramento na especialidade de Educação Especial e Reabilitação). Faculdade de Motricidade Humana, Cruz Quebrada. Retirado de <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/5101>

Santos, S. e Morato, P. (2012). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID). Porquê? *Revista Brasileira de Educação especial*, 18(1), 3-16

Santos, S. e Morato, P. (2007). Estudo exploratório do comportamento adaptativo no domínio psicomotor em populações portuguesas com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A psicomotricidade*, 9, 21-31.

Santos, S. e Morato, P. (2004). *Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa* (documento não publicado)

Santos, S., Morato, P., Costa, D., Duro, V., Saramago, F. e Bruno, P. (2010). Comportamento adaptativo, Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais na população portuguesa: replicação do estudo de 2007. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 17, 79-102

Sanz, A., García, A., Torre, B., Maroto, C., Barrado, F., López, I., ..., García, S. (2014). *Discapacidad intelectual y salud mental: evaluación e intervención psicológica. Análisis de casos*. Retirado de <http://www.plenainclusionmadrid.org/publicacion/discapacidad-intelectual-y-salud-mental-evaluacion-e-intervencion-psicologica/>

Sassaki, R. K. (2005). Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? *Revista Nacional de Reabilitação*, 43(9), 9-10

Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., ..., Yeager, M. (2007). The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities*, 45(2), 116-124. doi: 10.1352/1934-9556(2007)45[116:TROMRU]2.0.CO;2

Scheifes, A., Stolker, J., Egberts, A., Nijman, H. e Heerdink, E. (2011). Representation of people with intellectual disabilities in randomised controlled trials on antipsychotic treatment for behavioural problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 650-664. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01353.x

Simões, C. e Santos, S. (2013) Qualidade de vida na dificuldade intelectual e desenvolvimental: operacionalização do conceito na intervenção. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 20, 41-57

Simões, C. e Santos, S. (2012). *Escala Pessoal de Resultados (EPR) – Escala para avaliar a qualidade de vida da pessoa* (documento não publicado)

Simões, C., Santos, S. e Biscaia, R. (2016). Validation of the portuguese version of the Personal Outcomes Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 186-200. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.11.002

Simpson, N., Mizen, L. & Cooper, S. (2016). Intellectual disabilities. *Medicine*, 44(11), 679-682. doi: 10.1016/j.mpmed.2016.08.008

Snell, M., Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., ..., Yeager, M. (2009). Characteristics and needs of people with Intellectual Disability who have higher IQs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(3), 220-223. doi: 10.1352/1934-9556-47.3.220

Special Olympics (2017). *Our sports* [website]. Retirado a 21 de junho de 2017 de http://www.specialolympics.org/Sections/Sports-and-Games/Sports_and_Games.aspx

Special Olympics Portugal (s.d.). *Quem somos – movimento Special Olympics* [website]. Retirado a 21 de junho de 2017 de <http://www.specialolympicsportugal.pt/quem-somos.html>

Stan, A., E. (2012). The benefits of participation in aquatic activities for people with disabilities. *Medicina Sportiva*, 8(1), 1737-1742

Stancliffe, R. e Anderson, L. (2017). Factors associated with meeting physical activity guidelines by adults with intellectual and developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 62, 1-14. doi: 10.1016/j.ridd.2017.01.009

Steiner, H. e Kertesz, Z. (2015). Effects of therapeutic horse riding on gait circle parameters and some aspects of behavior of children with autism. *Acta Physiologica Hungarica*, 102(3), 324-335. doi: 10.1556/036.102.2015.3.10

Taliaferro, A. e Hammond, L. (2016). "I don't have time": barriers and facilitators to physical activity for adults with Intellectual Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 33(2), 113-133. doi: 10.1123/APAQ.2015-0050

Tang, B., Byrne, C., Friedlander, R., McKibbin, D., Riley, M., MPhil e Thibeault, A. (2008). The other dual diagnosis: developmental disability and mental health disorders. *BC Medical Journal*, 50(6), 319-324

Tassé, M., Luckasson, R. e Schalock, R. (2016). The relation between intellectual functioning and adaptive behavior in the diagnosis of intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(6), 381-390. doi: 10.1352/1934-9556-54.6.381

Thompson, J., Schalock, R., Agosta, J., Teninty, L. e Fortune, J. (2014). How the supports paradigm is transforming the developmental disabilities service system. *Inclusion*, 2(2), 86-99. doi: 10.1352/2326-6988-2.2.86

Thorpe, L., Davidson, P. e Janicki, M. (2000). *Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities Biobehavioural Issues*. Retirado de http://www.who.int/mental_health/media/en/24.pdf

Thurin, J. M. (2010). Évaluation de l'efficacité des thérapies en psychomotricité. In Albaret, J. e Corraze, J. (Eds), *Entretiens de Psychomotricité* (5-12). Paris : Les Entretiens Médicaux

Tomić, K., Mihajlović, G., Mihajlović, N., Dejanović, S., Mihajlović, K. e Petrović, G. (2011). Diagnosis and treatment of depression in persons with intellectual disability. *Acta Medica Medianae*, 50(3), 81-89. doi: 10.5633/amm.2011.0315

Torres-Ronda, L. e Alcázar, X. (2014). The properties of water and their applications for training. *Journal of Human Kinetics*, 44, 237-248. doi:10.2478/hukin-2014-0129

Uchiyama, H., Ohtani, N. e Ohta M. (2011). Three-dimensional analysis of horse and human gaits in therapeutic riding. *Applied Animal Behaviour Science*, 135(4), 271-276. doi: 10.1016/j.applanim.2011.10.024

Umadevi, V. e Sukumaran, P. (2012). Functional social skills of adults with Intellectual Disability. *Disability, CBR & Inclusive Development*, 23(2), 72-80. doi: 10.5463/DCID.v23i2.76

Valente, P. (2017). Hipoterapia [website]. Retirado a 13 de maio de 2017 de <http://www.irmashospitaleiras.pt/crm/ultimas-noticias2/117-hipoterapia>

Valente, P., Santos, S. e Morato, P. (2012). A Intervenção Psicomotora como (um sistema de) apoio nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *A Psicomotricidade*, 15, 1-23

Velasco e Bernini (2013). *Boas práticas psicomotoras aquáticas*. Retirado de <https://books.google.pt/books?id=8B-zDQAAQBAJ&pg=PT3&lpg=PT3&dq=Boas+pr%C3%A1ticas+psicomotoras+aqu%C3%A1ticas+velasco+e+bernini&source=bl&ots=aheZ4hl5Gb&sig=RqElgseu-B8lbq7cuTGn8lTaLIA&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiYh9LjpMDUAhWBRhQKHV4dBgYQ6AEIJAB#v=onepage&q=Boas%20pr%C3%A1ticas%20psicomotoras%20aqu%C3%A1ticas%20velasco%20e%20bernini&f=false>

Verdugo, M., Arias, B., Gomez, L. e Schalock, R. (2010). Development of an objective instrument to assess quality of life in social services: Reliability and validity in Spain. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 105-123

Verdugo, M., Schalock, R., Keith, K. e Stancliffe, R. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 707-717. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00739.x

Verdugo, M., Urriés, F., Orgaz, B., Benito, M., Martín-Ingelmo, R., Rulz, N. e Santamaria, M. (2010). *Impacto social del programa ECA CAJA MADRID de empleo com apoyo*. Retirado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25021/Libro-completo.pdf>

Verellen, J., Molik, B. e Vanlandewijck, Y. (2010). Adapted physical activities in rehabilitation. In Kudláček, M., Morgulec-Adamowicz, N. e Verellen, J. (Eds.), *European Standards in Adapted Physical Activity* (29-39). Retirado de: <file:///C:/Users/Ana%20Cardoso/Downloads/EUSAPAbokFINAL.pdf>

Verpelli, C. e Sala, C. (2012). Molecular and synaptic defects in intellectual disability syndromes. *Current opinion in Neurobiology*, 22(3), 530-536. doi: 10.1016/j.conb.2011.09.007

Vogt, T., Schneider, S., Abeln, V., Anneken, V. e Strüder, H. (2012). Exercise, mood and cognitive performance in intellectual disability – A neurophysiological approach. *Behavioural Brain Research*, 226(2), 473–480. doi: 10.1016/j.bbr.2011.10.015

Walton, C. e Kerr, M. (2015). Severe Intellectual Disability: systematic review of the prevalence and nature of presentation of Unipolar Depression. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29(5), 395-408. doi: 10.1111/jar.12203

Wehmeyer, M. (2013). Disability, disorder and identity. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(2), 122-126. doi: 10.1352/1934-9556-51.2.122

Wehmeyer, M., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Schalock, R., Verdugo, M. ... Yeager, M. (2008). The intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(4), 311-318. doi: 10.1352/2008.46:311–318

Wilder, R. (2015). *Equine assisted-therapy: a resource of programs in Virginia*. Retirado de <http://wp.vcu.edu/virginalend/wp-content/uploads/sites/2676/2015/05/Equine-Assisted-Therapy-Resource-Guide-1.pdf>

Winter, C., Magilsen, K., Alfen, J., Penning, C. e Evenhuis, H. (2009). Prevalence of cardiovascular risk factors in older people with intellectual disability. *American Journal*

on *Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(6), 427-436. doi: 10.1352/1944-7558-114.6.427

World Health Organization [WHO] (2017a). *Depression* [website]. Retirado a 20 de junho de 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

World Health Organization [WHO] (2017b). *Physical activity* [website]. Retirado a 15 de março de 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>

World Health Organization [WHO] (2016a). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders – clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Retirado de <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

World Health Organization [WHO] (2016b). *Mental health: strengthening our response* [website]. Retirado a 20 de junho de 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

World Health Organization [WHO] (2014). *Mental health: a state of well-being* [website]. Retirado a 20 de junho de 2017 de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

World Health Organization [WHO] (2007). *Intellectual Disability – A Manual for CBR Workers*. Retirado de http://www.searo.who.int/entity/mental_health/documents/sea-rehab-77rev1.pdf?ua=1

ANEXOS